

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Postoje žen s hraniční poruchou osobnosti k jinakosti

Attitudes of women with borderline personality disorder to otherness

Bc. Aneta Muchová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoje žen s hraniční poruchou osobnosti k jinakosti vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. 7. 2021

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, jeho cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala PhDr. Nikole Doubkové z Národního ústavu duševního zdraví, která mi během zpracovávání diplomové práce byla velmi nápomocná a s níž jsem měla možnost konzultovat. A nakonec bych ráda poděkovala všem respondentkám, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se věnuje postojům žen s hraniční poruchou osobnosti k jinakosti. Cílem práce bylo prozkoumat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami pěti žen s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a jejich postoji k sobě a představitelům jinakosti. Pro tyto účely bylo využito polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1) hodnotícího osobnostní fungování v osobní i interpersonální oblasti a metody experience sampling (ESM), prostřednictvím které respondentky po dobu 30 dní zaznamenávaly intenzitu emocí pociťovaných k sobě a různým představitelům jinakosti. Data byla zpracována kvalitativně do pěti případových studií. Výsledky poukázaly na výraznou intraindividuální variabilitu emocí k sobě i představitelům jinakosti. Metody by mohly nalézt uplatnění v oblasti léčebného procesu a terapie, kdy by zhodnocení osobnostního fungování mohlo přispět k celkovému aktuálnímu obrazu pacienta a pomocí ESM by bylo možné sledovat proměnlivost jeho psychických vztahů v reakci na určité události v životě.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

hraniční porucha osobnosti, jinakost, STiP-5.1, metoda experience sampling

## **ABSTRACT**

This thesis explores the attitudes of women with borderline personality disorder towards otherness. The aim of the thesis was to explore the relationship between different personality characteristics of five women diagnosed with borderline personality disorder and their attitudes towards themselves and representatives of otherness. For these purposes, the Semi-Structured Interview for Personality Functioning (STiP-5.1) assessing personal functioning in the personal and interpersonal domains and the experience sampling method (ESM) were used, through which the respondents recorded the intensity of emotions felt towards themselves and various representatives of otherness for 30 days. The data were processed qualitatively into five case studies. The results indicated significant intraindividual variability in emotions toward self and representatives of otherness. The methods could find application in the treatment process and therapy, whereby assessment of personality functioning could contribute to the overall current picture of the patient and the variability of their psychological attitudes in response to certain life events could be monitored using ESM.

## **KEYWORDS**

borderline personality disorder, otherness, STiP-5.1, experience sampling methodology

## Obsah

Úvod .....	8
1 Pojetí poruch osobnosti .....	10
2 Prevalence a etiologie poruch osobnosti .....	12
3 Klasifikace poruch osobnosti podle MKN-10.....	13
4 Hraniční porucha osobnosti.....	16
4.1 Projevy pacientů s hraniční poruchou osobnosti .....	18
4.2 Obranné mechanismy .....	19
5 Alternativní model pro poruchy osobnosti podle DSM-5 .....	21
5.1 Hraniční porucha osobnosti dle alternativního modelu DSM-5 .....	24
5.2 Rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti podle DSM-5 .....	26
6 Metoda Experience sampling .....	29
7 Cíl práce .....	33
7.1 Výzkumné otázky .....	33
8 Metoda.....	34
8.1 Design výzkumu .....	34
8.2 Výzkumný soubor.....	36
8.3 Použité nástroje.....	36
8.3.1 STiP-5.1 .....	36
8.3.6 Metoda experience sampling .....	39
8.4 Zpracování dat .....	40
9 Případové studie .....	42
9.1 Pacientka A .....	42
9.2 Pacientka B .....	55
9.3 Pacientka C .....	68

9.4 Pacientka D .....	80
9.5 Pacientka E .....	92
10 Diskuze .....	105
Závěr .....	110
Seznam zkratek .....	112
Seznam použitých informačních zdrojů .....	113

## Úvod

Poruchy osobnosti jsou souborem temperamentových a charakterových rysů, které se výrazně odchyľují od způsobů myšlení, prožívání a chování typických pro společnost v dané kultuře (Praško, 2003). Tyto vzorce bývají během života stabilní a významně zasahují do osobního i společenského života, což následně negativně ovlivňuje kvalitu života lidí s poruchou osobnosti. Jedinci s poruchou osobnosti mohou prožívat subjektivní tíseň a mít problémy v sociální adaptaci i v dosahování žádoucích cíľů.

Jednou ze specifických poruch osobnosti je emočně nestabilní porucha osobnosti, která se vyznačuje emoční nestabilitou a impulzivitou. Subtypem emočně nestabilní poruchy je právě hraniční porucha osobnosti, na kterou je tato diplomová práce zaměřena. Hraniční porucha osobnosti se vyznačuje zejména nejasnou představou o sobě, nestálými vztahy a pocity emoční prázdnoty. Lidé s hraniční poruchou osobnosti často mívají sklony k sebepoškozování nebo sebevraždám, což mnohdy bývá důsledkem právě silných pocitů prázdnoty. U lidí s touto poruchou osobnosti se objevuje ve větší míře užívání návykových látek nebo i promiskuita a střídání partnerů. Mají také velký strach z odmítnutí. Typické pro ně bývá černobílé vidění světa a mají tendenci si druhé lidi idealizovat, nebo naopak devalvovat.

Téma diplomové práce vzniklo na podkladě projektu financovaného Grantovou agenturou České republiky s názvem *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje*. Jednou z vyšetřovaných skupin byli jedinci s poruchou osobnosti, mezi kterými se nejčastěji vyskytovaly ženy s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Cílem této diplomové práce bude prozkoumat a popsat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami žen s hraniční poruchou osobnosti a postoji k sobě a představitelům jinakosti.

Teoretická část bude věnována základnímu vymezení poruch osobnosti s konkrétním zaměřením na hraniční poruchu, dále alternativnímu modelu pro diagnostiku poruch osobnosti vycházejícího z DSM-5. Klasický model nahlíží na poruchy osobnosti skrze kategoriální systém, alternativní model však přichází s dimenzionálním přístupem a hodnotí osobnostní patologii na stupnici funkčních schopností osobnosti (dále LPFS), prostřednictvím které je možné měřit narušení funkčních schopností osobnosti. Na základě



aspektů LPFS byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1), pomocí kterého je možné zhodnotit, nakolik je narušené osobnostní fungování u daného jedince, a to v osobní i interpersonální oblasti. A nakonec bude v teoretické části věnována pozornost představení metody experience sampling, která umožňuje získávat data z každodenního života jedinců v reálném čase.

V empirické části budou čtenáři seznámeni s grantovým projektem, v rámci kterého budou zpracovány případové studie pěti vybraných žen s hraniční poruchou osobnosti, se kterými bylo vedeno šetření, jež se skládalo z polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech (STiP-5.1), souboru dotazníků a registrace do sběru dat v rámci metody experience sampling. Vzhledem k tomu, že šlo o rozhodnutí zpracovávat případové studie, bylo podstatné se s vybranými ženami s hraniční poruchou osobnosti znovu spojit a provést s nimi anamnestické rozhovory, které přispějí k hlubšímu vhledu do života těchto žen. Práce poskytne nahlédnutí do prožívání a vnímání jinakosti žen s hraniční poruchou osobnosti.

## 1 Pojetí poruch osobnosti

Před definováním poruch osobnosti je třeba nejprve charakterizovat osobnost jako takovou. Dle Nakonečného (1998) pojem osobnosti nemá zcela jednoznačné pojetí a je považován za hypotetický konstrukt sloužící k tomu, aby pomohl určitým způsobem vysvětlit rozdíly v chování a reakcích různých jedinců na stejný podnět. Jinými slovy jde o nalezení odpovědi na otázku, z jakého důvodu různí jedinci reagují ve stejné situaci odlišně. V této souvislosti je třeba konstatovat, že v dnešní době existuje velké množství definic vymezujících osobnost.

Již v 30. letech minulého století Gordon Allport vymezil zhruba padesát různých definic osobnosti, od té doby jich mnoho dalších přibýlo. Drapela (2011) považuje osobnost za dynamický zdroj chování, identity a jedinečnosti každé osoby. Pro Praška (2003) osobnost představuje soubor všech duševních i tělesných vlastností, které se utvářejí v průběhu celého života a projevují se ve všech jeho rovinách včetně sociálních vztahů. Höschl, Libinger a Švestka (2002) definují osobnost jako dynamický soubor relativně trvalých vlastností, které se v průběhu vývoje dotvářejí a předurčují schopnost adaptace na okolí. Podle autorů je přibližně polovina osobnostních rysů jedince určena geneticky, osobnost se však může během života na základě různých okolností přechodně měnit. Podle Smékala (2004) je osobnost formována tím, jak jedinec dokáže kontrolovat své chování a jakým způsobem řeší úkoly svého každodenního života. Osobnost je v jeho pojetí souborem psychických stavů, procesů a vlastností, které se utvářejí jednak působením výchovy a prostředí, jednak i přetvářením vrozených vnitřních podmínek bytí člověka, které určují a řídí jeho vlastní činnosti a vztahy.

Podle MKN-10 (2008) poruchy osobnosti charakterizuje „*rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i k druhým*“ (MKN-10, 2008, s. 232).

Poruchy osobnosti jsou dle nejnovější verze Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 (2020) charakterizovány problémy ve fungování aspektů sebe sama (například v oblasti identity, sebehodnocení či sebeřízení) a/nebo interpersonální dysfunkcí (například ve schopnosti rozvíjet a udržovat blízké a vzájemně uspokojivé vztahy, porozumět

perspektivám druhých a zvládat konflikty ve vztazích), které přetrvávaly po delší dobu (2 roky nebo více). Porucha se projevuje ve vzorcích vnímání, emočních prožitků, emočního vyjádření a chování, které je maladaptivní a projevuje se v celé řadě osobních a sociálních situací. Vzorce chování charakterizující narušení nelze vysvětlit pouze sociálními nebo kulturními faktory. Porucha je spojena s podstatným utrpením nebo významným postižením v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování (World Health Organization, 2019). Pojetí poruch osobnosti v MKN-11 má nejbližší k alternativnímu modelu pro poruchy osobnosti dle DSM-5, který bude popsán v 5.kapitole.

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) definuje poruchu osobnosti jako trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, od kterého se výrazně liší očekávání kultury jednotlivce a který se projevuje v myšlení, prožívání, interpersonálním fungování a/nebo v ovládání daného jedince. Tyto vzorce jsou trvalé a všudypřítomné v široké škále osobních i sociálních situací a vedou ke klinicky významnému utrpení nebo zhoršení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti fungování. Porucha osobnosti je stabilní a dlouhodobá, ke stanovení diagnózy dochází v dospívání nebo rané dospělosti, není projevem ani důsledkem jiné duševní poruchy a není způsobena účinky návykových látek (American Psychiatric Association, 2015).

Praško (2003) nahlíží na poruchy osobnosti jako na podoby charakterových a temperamentových rysů značně se odchylojících od rysů, které jsou patrné u většiny lidí. Chování a postoje jedince negativně zasahují do všech rovin jeho života. Češková (In Svoboda, 2015) považuje poruchy osobnosti za extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy vedoucí k poruchám sociální adaptace a projevující se v široké oblasti osobních a sociálních situací. V této souvislosti Höschl, Libiger & Švestka (2002) upozorňují na to, že je třeba odlišit poruchu osobnosti od psychóz, poruch nálad či úzkostí tím, že se nejedná o nemoc. Smolík (1996) upozorňuje na výrazné odchylky ve vnímání, myšlení, cítění a utváření vztahů s druhými lidmi, než je běžné u průměrného člověka v dané kultuře.

## 2 Prevalence a etiologie poruch osobnosti

Ze začátku je třeba poznamenat, že není snadné určit prevalenci poruch osobnosti, neboť ne všichni jedinci trpící těmito poruchami vyhledají odbornou pomoc. Rozdíly v odhadech četnosti se objevují také s ohledem na zdroj. Podle Češkové (in Svoboda, 2015) se v běžné populaci udává výskyt poruch osobnosti okolo 10 %. Praško (2003) uvádí, že v ambulantní péči se nachází přibližně 20–30 % pacientů s poruchou osobnosti, v psychiatrické péči se nachází dokonce 30–50 % těchto pacientů. Podle Smolíka (1996) se celková prevalence specifických poruch osobnosti pohybuje okolo 6–9 % a to ve stejném poměru u žen i mužů, Clarkin (1998) uvádí prevalenci poruch osobnosti okolo 10–15 %. V této souvislosti je třeba podotknout, že u mužů bývá častěji diagnostikována antisociální, paranoidní, narcistická, schizodní a obsedantně-kompulzivní porucha, kdežto u žen se mnohem častěji objevuje hraniční, histrionská či závislá porucha osobnosti (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Höschl, Libiger & Švestka (2002) uvádějí, že nelze stanovit jednoduchou příčinu vzniku poruchy osobnosti, poněvadž její etiologie je multifaktoriální. Jde o kombinaci biologických a psychosociálních faktorů.

Predispozice ke vzniku poruchy osobnosti jsou podle Praška (2003) dány s velkou pravděpodobností geneticky, nejspíše polygenně. K rozvoji poruchy osobnosti mohou vést vysoký stres či virová onemocnění matky během prenatálního vývoje dítěte. Dále také drobná mozková poranění dítěte při porodu, záněty mozku, infekční onemocnění a další.

Podle Praška (2003) se kromě biologických faktorů na příčině vzniku poruchy osobnosti podílejí psychosociální vlivy, jako jsou časté konflikty v rodině, rozvod rodičů, výchova v rodině, která je příliš restriktivní, nebo je dítě týráno, zneužíváno, nebo naopak přespříliš rozmazlováno. Kromě rodiny se jedná později rovněž o vlivy školy, vrstevníků a kultury. Dále také pokud jedinec zažije psychotraumatickou životní událost, následkem užívání drog, vaskulárních onemocnění CNS apod. Podle Rabocha (2001) může být těžké rozlišit, zda se jedná o poruchu osobnosti jako takovou, nebo o jinou diagnózu (například následky psychotického onemocnění nebo organickou poruchu).

### 3 Klasifikace poruch osobnosti podle MKN-10

Podle Praška (2003) patří klasifikace poruch osobnosti k nejvíce obtížným a kontroverzním kapitolám v rámci psychiatrické klasifikace. Důvodem je, že někteří psychiatři neradi rozdělují poruchy osobnosti do striktně odlišných kategorií, ale je jim bližší dimenzionální pohled, podle kterého jsou poruchy osobnosti představovány jako maladaptivní varianty běžných osobnostních rysů, které se však mohou vzájemně prolínat a přecházet neznatelně do normy (Smolík, 1996).

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 2008) třídí poruchy osobnosti do několika kategorií, které lze od sebe vzájemně odlišit. Poruchy osobnosti definuje na základě dlouhodobých rysů osobnosti. Každá porucha osobnosti v této klasifikaci je charakterizována převládajícími projevy v chování a způsoby utváření mezilidských vztahů. Porucha osobnosti je dle MKN-10 charakterizována trvalou osobnostní strukturou, kterou provázejí specifické projevy chování, jež jsou v rozporu s očekáváním a přijetím společnosti, jinými slovy v rozporu s normou. Poruchy osobnosti se však v určitých projevech překrývají a může být těžké zcela jednoznačně určit, o jakou specifickou poruchu osobnosti se jedná (Praško, 2003).

Aby bylo možné diagnostikovat poruchu osobnosti podle MKN-10 (2008), je důležité, aby byla splněna následující obecná kritéria:

**Tabulka 1 - Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F60 - Specifická porucha osobnosti**

- G1 Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od "normy"). Tato odchylka se musí projevat ve více než v jedné z následujících oblastí:
1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních;
  2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
  3. ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb;
  4. způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.
- G2 Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický "spouštěcí" moment nebo na specifickou situaci.

- G3 Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobních obtíží či má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky.
- G4 Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
- G5 Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílu F00-F59 nebo F70-F79.
- G6 Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku. (Pokud lze prokázat organickou příčinu, měla by být použita kategorie F07.)

(Praško, 2003, s. 18)

Lidé s poruchami osobnosti považují své vzorce chování a vnímání světa za normální a problémy u sebe většinou nezpozorují. Problémy vyvstávají zejména ve vztahu s druhými lidmi, kdy z důvodu vnitřního nastavení těchto jedinců mnohdy dochází ke konfliktům. Tyto maladaptivní vzorce chování jsou trvalé, dlouhodobé a projevují se ve všech oblastech života (Praško, 2003). Höschl, Libiger & Švestka (2002) upozorňují na důležitost odlišení poruch osobnosti od patologických stavů a poruch přizpůsobení. Pro lidi s poruchou osobnosti bývá v mnoha případech typické zhoršení pracovního výkonu v zaměstnání i ve společenské oblasti. Tito jedinci obvykle nevidí problém u sebe samých, ale u druhých. Nespokojenost zažívají v případě, kdy jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Prožívají pocity nespravedlnosti, mají pocit, že je druzí neprávem soudí nebo jim brání v tom, aby mohli být spokojeni (Praško, 2003).

Specifické poruchy osobnosti jsou v MKN-10 zařazeny do kategorie F60. Do této kategorie spadají poruchy osobnosti uvedené v následující tabulce.

**Tabulka 2** – *Specifické poruchy osobnosti v klasifikaci MKN-10*

F60.0 Paranoidní porucha osobnosti

F60.1 Schizoidní porucha osobnosti

F60.2 Disociální porucha osobnosti

F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

F60.4 Histrionská porucha osobnosti

F60.5 Anankastická porucha osobnosti

F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

F60.7 Závislá porucha osobnosti

F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti

F60.9 Porucha osobnosti NS

F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

## 4 Hraniční porucha osobnosti

Jelikož empirická část bude věnována případovým studiím žen s hraniční poruchou osobnosti, bude zde charakterizován pouze tento typ poruchy osobnosti.

Hraniční porucha osobnosti je podtypem emočně nestabilní poruchy osobnosti (F60.3), která je podle MKN-10 charakterizována tendencí k impulzivnímu chování bez uvážení možných následků a provázená také nepředvídatelnou a vrtošivou náladou. Projevuje se zejména neschopností ovládat emotivní výbuchy a tendencí ke konfliktům s druhými lidmi (MKN-10, 2008).

Pro hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti je dále typické narušení představy o vlastní osobě, svých cílech i preferencích, vyznačuje se chronickými pocity prázdnoty, přehnanou snahou vyhnout se odmítnutí, nestabilními mezilidskými vztahy a tendencí k sebedestruktivnímu chování (MKN-10, 2008).

V klasifikaci MKN-10 Světové zdravotnické organizace je zařazena pod kódem F60.3.1, která uvádí následující kritéria pro diagnostikování hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti:

### Tabulka 3 – Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti podle MKN-10

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti a dále tři příznaky pro impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, kterými jsou:

1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;
2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno;
3. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování;
4. obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk;
5. nestálá a nevypočitatelná nálada.

B. Dále musí být splněny nejméně dva z následujících charakteristických znaků pro hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, aby mohl být tento typ s určitostí diagnostikován:

1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních;
2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;
3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;
4. opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození;



## 5. chronické pocity prázdnoty.

(MKN-10, 2008)

American Psychiatric Association (2015) uvádí, že prevalence hraniční poruchy osobnosti se v populaci pohybuje od 1,6 % do 5,9 %. Hraniční porucha osobnosti je diagnostikována častěji u žen než u mužů (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Tato skutečnost může být však vysvětlena i tím, že ženy vyhledávají psychiatrickou pomoc častěji než muži (Hooley et al., 2012).

Podle Praška (2003) jde o jednu z nejčastějších poruch osobnosti v psychiatrické péči, z ambulantních psychiatrických pacientů tvoří přibližně 10 %, z hospitalizovaných pacientů 15–20 %. Grambal, Praško a Kasalová (2017) uvádějí, že koncept hraniční poruchy vznikl během pozorování psychoanalytických terapeutů, kteří si všimli, že existuje určitý typ pacientů, který vyhledává stále pomoc, podporu a má problém s udržováním hranic mezi sebou a ostatními lidmi.

V rodinách pacientů s hraniční poruchou osobnosti se častěji vyskytují poruchy nálady, disociální poruchy osobnosti či závislosti na návykových látkách (Praško, 2003). U hraničních pacientů mohou být přítomny také poruchy příjmu potravy, sebedestruktivní chování, promiskuita a další impulzivní činy (Grambal, Praško & Kasalová, 2017). Mnoho těchto pacientů již v dětství mívalo větší problémy s udržením pozornosti, učením a ovládáním impulzů, což mohlo vést k potížím ve škole či ke konfliktům s druhými lidmi. V anamnézách těchto pacientů se mnohdy objevuje ztráta rodiče v raném věku, ať už po rozvodu či úmrtí (Bateman & Fonagy, 2004). S rozpadem primární rodiny se později sami dostávají do vztahů, které zhoršují či udržují jejich potíže. Značné procento pacientů s hraniční poruchou osobnosti udává ve větší míře než jiné poruchy osobnosti také sexuální zneužívání v dětství či zanedbávání. Na vzniku hraniční poruchy osobnosti se naopak může podílet i přílišná hyperprotektivita, kdy rodič brání dítěti v separaci a samostatnosti, čímž posiluje závislost na pečující osobě (Praško, 2003).

Podle Grambala, Praška a Kasalové (2017) lidé s emoční nestabilitou dokážou být během vyšetření nenápadní, klidní, odtažití či korektní a milí. Emoční nestabilitu projeví v určitém kontextu, zejména v blízkém vztahu s terapeutem či jinou blízkou osobou v běžném životě.

Pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti bývají charakteristické také rozporuplné výsledky psychologických testů. Ve strukturovaných testech (například Weschlerův test)

dosahují normálních výsledků, naproti tomu v nestrukturovaných testech (například Rorschachův test) se nacházejí patologie (Boleloucký, 1993).

V určitých fázích vývoje může být problematické odlišit hraniční pacienty od neurotických a psychotických pacientů. K odlišení je využívána diferenciální diagnostika. Faldyna (2000) popisuje, že neurotičtí pacienti mají na rozdíl od hraničních a psychotických pacientů integrovanou identitu a využívají zralejších obranných mechanismů (například intelektualizace). Hraniční a psychotičtí pacienti mají narušenou identitu a často používají právě primitivní obranné mechanismy jako je štěpení, popření, projektivní identifikace a primitivní idealizace, které budou blíže popsány v kapitole 4.2. Psychotici mají narušené testování reality (schopnost rozlišovat mezi vlastní fantazií a realitou vnějšího světa), kdežto u hraničních pacientů bývá testování reality zachováno.

#### **4.1 Projevy pacientů s hraniční poruchou osobnosti**

Gunderson a Zanariniová (1987, in Boleloucký, 1993) popsali charakteristické projevy pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Za prvé autoři uvádějí, že pro hraniční pacienty je typické navazování intenzivních, avšak nestálých mezilidských vztahů. Z toho důvodu, že si nebývají jisti druhými lidmi a svými vztahy, vyskytuje se u nich závislost na druhé osobě. Na druhou stranu se u nich v důsledku negativních emocí objevuje devalvace druhých, kdy svoji blízkou osobu znehodnocují. Druhé lidi většinou vnímají jako dobré, nebo špatné, což u hraničních pacientů z důvodu nestabilních emocí bývá velmi proměnlivé. Mívají také sklony k manipulativnímu chování. Konflikty se projevují i v pracovním prostředí, kdy mohou mít spory se svými nadřízenými (1987, in Boleloucký 1993).

Za druhé mívají tendence k sebedestruktivnímu chování, které je většinou reakcí na nadměrné a nezvladatelné negativní afekty. Nelson a Grunebaum (1971, in Boleloucký 1993) zjistili, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti většinou sebedestruktivního chování zanechají, pokud mají možnost vyjádřit někomu své negativní pocity verbálně, naučili se konstruktivnějších forem chování a byla u nich uskutečněna farmakoterapie psychotických prvků psychopatologie.

Třetí charakteristikou je strach hraničních pacientů, že budou opuštěni blízkou osobou, což souvisí s nedostatkem sebedůvěry. Pro hraniční pacienty je typické jádrové přesvědčení

o sobě: *Jsem vadný. Jsem bezmocný. Jsem zranitelný. Jsem špatný.* Na základě těchto přesvědčení o vlastní osobě si dále odvozují jádrové přesvědčení o druhých lidech jako *Druzí mě zradí nebo opustí. Lidem se nedá věřit.* (Praško, 2003, str.73).

Za čtvrté je podle Gundersona a Zanariniové (1987, in Boleloucký 1993) u pacientů s hraniční poruchou patrná chronická dysforie, která se projevuje zejména pocity prázdnoty a nudy. Pacienti mohou prožívat pocity hněvu, hostility či zoufalství nad nesmyslností vlastního života.

Jako pátou charakteristiku autoři popisují kognitivní poruchy. Ačkoli u pacientů s hraniční poruchou osobnosti nebývá narušené testování reality, mohou se u nich rozvinout psychotické příznaky. Mohou být vztahovační, podezřívaví a může se u nich vyskytovat magické myšlení.

Dále autoři uvádějí impulzivitu, která je pro hraniční poruchu osobnosti velmi charakteristická. Nejčastěji k ní dochází v nestrukturovaných a stresových situacích či při zažívání pocitů osamění. Projevovat se může například sebepoškozováním, poruchami příjmu potravy, abúzem alkoholu či jiných návykových látek, rozbíjením věcí a podobně.

Poslední charakteristikou je špatná sociální adaptace. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mívají sklony klamně se jevit navenek jako schopní. Mají nižší míru frustrační tolerance, reagují však i na slabé podněty a mívají problém se v přiměřeném čase vrátit do původního stavu emočního ladění (Boleloucký, 1993).

## **4.2 Obranné mechanismy**

Na základě výchovy, která u pacientů s hraniční poruchou osobnosti byla mnohdy restriktivní, zneužívající či naopak nadměrně rozmazlující, dochází k fixování primitivních obranných mechanismů, které si jedinci přenášejí do dospělosti (Praško, 2003). V této kapitole bude věnována pozornost těmto konkrétním obranným mechanismům, aby mohlo dojít k lepšímu pochopení vnitřní dynamiky hraničních jedinců.

Röhr (2003) uvádí, že pacienti s hraniční poruchou používají zejména primitivní obranné mechanismy jako je štěpení, projekivní identifikace, popření či primitivní idealizace.

## **Štěpení**

Lidé s hraniční poruchou osobnosti vnímají svět v extrémních polohách, buď jako dobrý, nebo jako špatný. Nejsou schopni prožívat ambivalenci a vidět dobré i špatné současně. Hodnocení toho, co je dobré nebo špatné, je tedy velmi proměnlivé a záleží na aktuálním citovém rozpoložení daného jedince. Dalším projevem štěpení je nerozhodnost, pacient s hraniční poruchou bývá nestálý v názorech, které se mohou u něj ze dne na den proměňovat. Na základě štěpení kolísají i představy o sobě samém, a to se projevuje nestabilním sebehodnocením, které je ovlivňováno příznivými či nepříznivými emočními zážitky. Hraniční pacient se jednou může vnímat jako dobrý a schopný, jindy zase jako špatný a neschopný. Chybí zde integrace všech zážitků do celkového hodnocení sebe sama. (Boleloucký, 1993).

## **Projektivní identifikace**

Dalším obranným mechanismem typickým pro hraniční pacienty je projektivní identifikace. Znamená to, že jedinec do druhého člověka promítá část sebe, se kterou není sám schopný se vypořádat. Ten je následně na nevědomé úrovni zachycuje a přijímá, prožívá pocity kongruentní s projekcí, což pacientovi s hraniční poruchou umožňuje se s projektivním materiálem za pomoci druhého vyrovnat (Boleloucký, 1993).

## **Popření**

Lidé s hraniční poruchou osobnosti mívají také tendenci popírat své pocity. Může se stát, že jeden den chválí druhého člověka do nebes, následující den toho stejného člověka znehodnocují. Aby se vyhnuli pocitu viny a studu z prožívání daného rozporu, nevnímají tuto osobu v její celistvosti a dochází tak k popření – minulé pocity nemají vliv na to, co se děje v přítomnosti (Röhr, 2003).

## **Primitivní idealizace**

Pacienti s hraniční poruchou mívají sklon idealizovat si blízké osoby, které jim mohou poskytnout ochranu před vnějším, nebezpečným, světem. Často si idealizují právě svého terapeuta (Röhr, 2003).

## 5 Alternativní model pro poruchy osobnosti podle DSM-5

V DSM-5 je kromě klasického kategoriálního modelu uveden i alternativní model pro poruchy osobnosti, který zde bude vzhledem k účelu práce představen.

Alternativní model byl vytvořen za účelem zmírnění nedostatků klasického modelu pro diagnostiku poruch osobnosti v DSM-5, u kterého se stávalo, že pacient z důvodu souboru příznaků splňoval kritéria pro více poruch osobnosti. Bach & Hutsebaut (2018) poukazují na to, že zatímco tradiční definice poruch osobnosti odkazují na vzorce vnitřního prožívání a projevy chování, které jsou charakterizovány příznaky jako například opakované sebevražedné chování nebo intenzivní a nestabilní vztahy, tento nový přístup definuje poruchy osobnosti z hlediska úrovně fungování osobnosti.

Poruchy osobnosti jsou v alternativním modelu definovány narušením funkčních schopností osobnosti (kritérium A) společně s patologickými rysy (kritérium B). Aby bylo možné poruchu osobnosti diagnostikovat, je nezbytné, aby byla splněna obě kritéria. Kritérium A odkazuje k tomu, zda a do jaké míry má jedinec poruchu osobnosti, kdežto kritérium B se používá k diagnostice rysů definujících konkrétní poruchu osobnosti (Bach & Hutsebaut, 2018).

Do alternativního modelu bylo zařazeno celkem 6 poruch osobnosti, které je možné podle tohoto modelu diagnostikovat. Jedná se o antisociální, vyhýbavou, hraniční, narcistickou, obsedantně-kompulzivní a schizotypní poruchu osobnosti. Je zde také zařazena diagnóza poruchy osobnosti se specifickými rysy PD-TS, pro případy, kdy se ukáže, že jedinec zjevně poruchu osobnosti má, ale nesplňuje kritéria pro výše zmíněné poruchy osobnosti (Bach & Hutsebaut, 2018).

DSM-5 uvádí, že je pro diagnostiku poruchy osobnosti nezbytné, aby jedinec splňoval obecná kritéria uvedená v následující tabulce.

**Tabulka 4** – *Obecná kritéria poruchy osobnosti podle DSM-5*

A. Středně těžké nebo těžké narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě samému (self), tak ve vztahu k druhým (interpersonální).
B. Jeden nebo více patologických rysů osobnosti.

C. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou poměrně neměnné a pervazivní v širokém spektru osobních a sociálních situací.
D. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou relativně stálé, neměnné v čase. Projevy narušení mohou být vysledovány přinejmenším v adolescenci nebo v časně dospělosti.
E. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů se nedají dostatečně popsat pomocí jiné duševní poruchy.
F. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů není možné připsat pouze účinkům látek nebo jinému somatickému onemocnění (například těžkému poranění hlavy).
G. Narušení funkční schopnosti osobnosti jedince a individuální projevy osobnostních rysů nelze dostatečně chápat jako běžné pro vývojové stadium jedince anebo pro jeho sociokulturní prostředí.

Goldmann & Soukupová (2015, s. 801)

Jak je již zmíněno v obecných kritériích, úroveň funkčních schopností osobnosti je posuzována jak ve vztahu k sobě samému (self), tak i ve vztahu k druhým lidem.

Funkční schopnosti self zahrnují identitu a sebeřízení. Identita zahrnuje aspekty zkušeností jedinečnosti sebe sama, stabilitu sebeúcty a schopnost regulace emocí, zatímco sebeřízení odkazuje na aspekty sledování smysluplných cílů, využití prosociálních vnitřních standardů chování a schopnost produktivní sebereflexe (Hutsebaut et al., 2017).

Interpersonální fungování se týká kapacit souvisejících s prvky empatie a intimity. Empatie zahrnuje schopnost porozumět mentálnímu světu druhých, tolerovat odlišné perspektivy a pochopit dopad vlastního chování na ostatní. A nakonec, intimita zahrnuje schopnost navazovat trvalé a smysluplné vztahy s ostatními, zažít a tolerovat blízkost a spolupracovat na základě vzájemnosti (Hutsebaut et al., 2017).

**Tabulka 5 – Složky funkčních schopností osobnosti podle DSM-5**

Identita	Uvědomuje si sám sebe jako samostatnou bytost s jasnými hranicemi, které ho oddělují od ostatních bytostí, jeho sebeúcta je stabilní, je schopen přesného posouzení vlastní osoby a dokáže regulovat emoční prožitky.
----------	---

Sebeřízení	Stanoví si a plní smysluplně a navzájem související krátkodobé i celoživotní cíle, využívá konstruktivních a prosociálních vnitřních norem, dokáže sám sebe tvořivě reflektovat.
Empatie	Rozumí a chápe prožívání a motivaci druhých lidí, toleruje rozličné názory, je si vědom vlivu vlastního chování na ostatní.
Intimita	Hluboké a trvalé vztahy s ostatními, touha po blízkých vztazích a kapacita pro ně, vzájemný respekt a úcta v interpersonálních vztazích.

Goldmann & Soukupová (2015, s. 802)

Hodnocení je důležité pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti. Děje se na škále úrovní funkčních schopností osobnosti (LPFS), která hodnotí narušení osobnostního fungování jedince ve vztahu k sobě i k druhým lidem na pěti úrovních od žádného narušení (úroveň 0) až po velmi těžké narušení (úroveň 4). Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je požadováno minimálně středně těžké narušení (úroveň 2). Aby byly splněny podmínky pro diagnózu poruchy osobnosti, je zásadní, aby problémy ve výše popsáných oblastech trvaly několik let, nebyly způsobeny vlivem duševní nebo somatické nemoci, návykových látek či léků a byly mimo normu kulturního prostředí jedince (Skodol et al., 2011).

Patologické rysy jsou rozděleny do pěti širokých oblastí. Jedná se o negativní afektivitu, otažitost, antagonismus, desinhibici a psychoticismus. Tyto oblasti v sobě zahrnují celkem 25 specifických aspektů osobnostních rysů. Tyto rysy u jedince znamenají tendenci vnímat, prožívat a myslet určitým způsobem, objevují se opakovaně a mají vliv na jeho chování v různých sociálních situacích. Je třeba poznamenat, že tyto osobnostní rysy jsou oproti pouhým příznakům relativně neměnné. Konkrétní rysy a jejich popis budou uvedeny v kapitole 5.1, ve které bude z důvodu účelu práce věnována pozornost pouze hraniční poruše osobnosti.

## 5.1 Hraniční porucha osobnosti dle alternativního modelu DSM-5

Nejprve je třeba definovat hraniční poruchu z hlediska funkčních schopností osobnosti, kterými jsou identita, sebeřízení, empatie a intimita. Podle DSM-5 je narušení funkčních schopností osobnosti středně těžké nebo těžké a minimálně ve dvou z těchto čtyř uvedených oblastí se musí projevovat následující charakteristické potíže, které popisují Goldmann a Soukupová (2015).

V oblasti identity mají pacienti s hraniční poruchou osobnosti potíže s nestabilitou ve vnímání sebe samých. Jejich sebeobraz může být výrazně narušený, nedostatečně vyvinutý či proměnlivý. Typická je pro tyto jedince i zvýšená sebekritičnost a mohou často zažívat chronické pocity prázdnoty.

Co se týče sebeřízení, člověk s hraniční poruchou osobnosti má problémy se stanovováním či realizací cílů, poněvadž tyto cíle bývají nestálé. Nestálost je patrná i v jeho přáních, hodnotách či plánech v pracovní oblasti.

Schopnost empatie je u těchto jedinců také značně omezena, což může vést ke konfliktům v mezilidských vztazích. Potíže v oblasti empatie se projevují zejména v rozpoznání pocitů a potřeb druhých lidí. Hraniční pacienti bývají vztahovační, mohou se snadněji cítit opovrhováni či zesměšňováni. U druhých lidí mohou být citlivější na jejich zranitelnost či negativní vlastnosti.

V intimitě hraničních pacientů se objevují problémy v blízkých vztazích, které jsou prožívány velmi intenzivně, avšak bývají často nestálé a konfliktní. K druhým lidem bývají nedůvěřiví, často se obávají, že je jejich blízká osoba opustí. Tyto blízké vztahy jsou mnohdy hraničními pacienty idealizovány nebo naopak znehodnocovány, emoce ve vztazích jsou velmi proměnlivé, vztahy nestálé, střídají oddanost s odchody (Goldmann & Soukupová, 2015).

Patologické rysy pro hraniční poruchu osobnosti spadají do oblasti negativní afektivity, antagonismu a desinhibice. Jedná se o emoční labilitu, úzkostnost, nejistotu z odloučení, depresivitu, impulzivitu, riskování a hostilitu. Pro diagnózu musí být přítomny nejméně čtyři z níže uvedených sedmi patologických rysů, z nichž minimálně jedním musí být impulzivita, riskování nebo hostilita (Goldmann & Soukupová, 2015).



**Tabulka 6** – rysy osobnosti podle alternativního modelu DSM-5 pro hraniční poruchu osobnosti

Emoční labilita	Nestabilní emoční prožívání a časté změny nálad, snadné vzplanutí emocí, které jsou intenzivní a/nebo neúměrné událostem a okolnostem.
Úzkostnost	Silné pocity nervozity, napětí nebo paniky, často jako reakce na interpersonální stres, obává se negativního dopadu nepříjemných prožitků z minulosti nebo negativních možností v budoucnosti, pociťuje strach, bojácnost nebo ohrožení nejistotou, obává se, že se zhroutí nebo ztratí kontrolu.
Nejistota z odloučení	Obává se odmítnutí a/nebo odloučení od důležitých lidí, které se pojí se strachem z přehnané závislosti a úplné ztráty svébytnosti.
Depresivita	Častý pocit skleslosti, zbědovanosti nebo beznaděje, má potíže se z těchto nálad vymanit, k budoucnosti zaujímá pesimistický postoj, zažívá všepronikající stud, má pocity nízké sebehodnoty, objevují se myšlenky na sebevraždu a suicidální chování.
Impulzivita	Reaguje bezhlavě na momentální podněty, jedná na základě krátkodobého výhledu bez plánu a zvážení důsledků, má potíže se stanováním a naplňováním cílů. Rozhoduje se unáhleně a při emočním strádání se sebepoškozuje.
Riskování	Bez ohledu na následky se účastní nebezpečných, riskantních a potenciálně sebepoškozujících činností, aniž je to nezbytně nutné, nezabývá se vlastními omezeními a popírá hrozící nebezpečí.

Hostilita	Přetrvávající nebo časté pocity hněvu, reaguje zlostí a podrážděním i na drobné přezírání a urážky.
-----------	---

(Raboch et al., 2015)

## 5.2 Rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti podle DSM-5

Na alternativní model pro poruchy osobnosti dle DSM-5 je třeba navázat kapitolou o polostrukturovaném rozhovoru o funkčních schopnostech (STiP-5.1), na jehož základě lze hodnotit úroveň fungování osobnosti. V této kapitole bude popsán vznik rozhovoru a jeho psychometrické charakteristiky.

Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti podle DSM-5 (STiP-5.1) byl vyvinut Centrem odbornosti pro poruchy osobnosti v Nizozemsku. Cílem bylo vyvinout relativně krátký časový plán rozhovoru, který by přinesl spolehlivé bodové hodnocení aspektů tvořících úroveň funkčních schopností osobnosti. Jeho formát by navíc měl být dostatečně velký a uživatelsky přívětivý, aby po krátkém zaškolení byli lékaři schopni rozhovor provést. Rozvrh rozhovoru byl vyvinut, testován, diskutován, vylepšen a znovu testován prostřednictvím řady rozhovorů s případy z první verze rozhovoru (Berghuis et al., 2013). Nyní má obecně příznivé psychometrické vlastnosti pro hodnocení úroveň osobnostního fungování podle alternativního modelu pro poruchy osobnosti v DSM-5 (Hutsebaut et al., 2017).

Výzkumné studie se zúčastnilo celkem 80 pacientů a kontrolní skupina byla složena z 18 respondentů. Účastníci klinického vzorku byli dospělí hledající léčbu, kteří byli odkázáni na De Viersprong, což je nizozemský institut pro poruchy osobnosti, který je střediskem zdravotní péče specializovaným na diagnostiku a léčbu adolescentů a dospělých s osobnostní patologií. Ve vzorku 80 pacientů bylo 53 (66,3 %) žen a 27 (33,7 %) mužů. Jejich věk se pohyboval od 16 do 61 let, přičemž průměrný věk byl 33,6 (SD = 12).

Účastníci z kontrolního vzorku byli přijati do výzkumu prostřednictvím výzvy k účasti příbuzných, přátel a sousedů personálu pracujícího v De Viersprongu. První řada rozhovorů byla provedena v červenci 2014 a druhá v únoru 2015. Do celkového vzorku neklinických účastníků bylo zahrnuto 18 osob. Jednalo se o 16 žen (84,2 %) a 2 muže (15,8 %). Jejich věk se pohyboval od 18 do 60 let s průměrným věkem 39 let (SD = 14.5). Žádný z těchto

účastníků nebyl v posledních pěti letech léčen z důvodu duševní poruchy (Hutsebaut et al., 2017).

Pacienti nejprve dostali za úkol vyplnit krátký inventář symptomů a index závažnosti osobnostních problémů a byl s nimi proveden strukturovaný klinický rozhovor pro poruchy osobnosti osy I a osy II DSM–IV. Rozhovor STiP-5.1 vedl jiný psycholog, který znal pouze jméno, pohlaví a věk účastníka.

Tazatelé byli psychologové, kteří absolvovali tříhodinové školení poskytující jim základní informace o DSM-5, alternativním modelu pro poruchy osobnosti a STiP-5.1, a dva tréninkové rozhovory. Tazatel vysvětlil účastníkovi postup a cíle rozhovoru, požádal o povolení natočit rozhovor na videozáznam a zeptal se na informovaný souhlas pacienta s použitím záznamu k vědeckým účelům, včetně umožnění zhlédnutí záznamu rozhovoru nezávislým hodnotitelem. Tazatel poté provedl rozhovor, hodnotil části rozhovoru na škále funkčních schopností osobnosti (LPFS) a zaregistroval skóre pacienta do jeho souboru dat. Zaznamenané rozhovory byly nahrány na zabezpečený server. Dílčí vzorek těchto rozhovorů ( $N = 40$  z klinického vzorku) byl použit k hodnocení spolehlivosti. Proto druhý hodnotitel, který byl stejně neinformovaný ohledně osobního a klinického pozadí pacienta, sledoval zaznamenaný rozhovor a nezávisle ho taktéž hodnotil na LPFS. Nakonec výzkumný spolupracovník vytvořil datový soubor s hodnocením i přidáním sociodemografické, diagnostické a další klinické proměnné. Postup pro účastníky z neklinického vzorku byl do značné míry stejný, kromě toho, že s těmito jedinci na rozdíl od klinického vzorku byl proveden pouze rozhovor STiP-5.1 společně s doplněnými sociodemografickými údaji (Hutsebaut et al., 2017).

Výsledky studie prokázaly dobré psychometrické vlastnosti rozhovoru. Byla prokázána vysoká spolehlivost ve schopnosti posoudit, do jaké míry se tazatelé shodovali v hodnocení fungování osobnosti napříč účastníky. Vnitřní konzistence STiP-5.1 byla vysoká, Cronbachova alfa vypočítala vnitřní konzistenci pro celou škálu 0,97 a 0,94 pro self škálu i interpersonální škálu. Reliabilita napříč tazateli byla dobrá, v celém vzorku se pohybovala v rozmezí od 0,81 do 0,92 a od 0,58 do 0,80 v klinickém vzorku (Hutsebaut et al., 2017).

Byly také vyzorovány statisticky významné rozdíly v celkovém skóre STiP-5.1 u pacientů v klinickém vzorku ( $M 2,63$ ,  $SD 0,66$ ) a v kontrolní skupině ( $M 0,56$ ,  $SD 0,51$ ). Stejně tak

v rámci klinické skupiny byly vypořizovány rozdíly mezi pacienty s poruchou osobnosti (M 2,80, SD 0,54) a pacientů bez diagnózy poruchy osobnosti (M 1,94, SD 0,68). Prokázalo se, že pacienti s poruchami osobnosti dosahovali větších narušení funkčních schopností osobnosti než kontrolní skupina a pacienti bez poruchy osobnosti (Hutsebaut et al., 2017).

S ohledem na uspokojivě dobrou spolehlivost popsanou výše, autoři byli úspěšní v cíli rozvíjet rozhovor, který přinesl konzistentní hodnocení napříč klinickými lékaři a nebyl časově náročný. Pokud jde o konzistenci mezi hodnotiteli, STiP-5.1 jasně překonal hodnocení úrovně fungování osobnosti na základě rozhovoru SCID-II (Few et al., 2013) nebo psychodynamického pohovoru (Zimmermann et al., 2014).

Co se týče limitů studie, autoři uvádějí, že pacienti občas nevěděli, jak odpovědět na otázky, na které se jich tazatelé ptali. Když i po použití pomocných a kontrolních otázek, nebylo dosaženo úplné jasnosti, tazatelé byli stále povinni udělat nejlepší odhad hodnocení. Tazatelé si také rychle mohli vytvářet vlastní dojem z úrovně fungování osobnosti pacienta a poté na základě tohoto dojmu „vyplnit mezery“. Alternativně měli tazatelé tendenci přidělovat skóre v souladu s předchozími hodnoceními tohoto pacienta. Dalším limitem výzkumu byla skutečnost, že kontrolní vzorek byl menší (18 účastníků) a spíše demograficky homogenní (značná převaha žen). Tazatelé navíc nebyli slepi vůči klinickým stavům a byli schopni i bez znalosti klinického pozadí účastníka určit, z jaké je skupiny, což mohlo způsobit určité zkreslení a mohli tak mít očekávání zdravějších skóre od respondentů z kontrolní skupiny (Hutsebaut et al., 2017).

## 6 Metoda Experience sampling

Poslední kapitola teoretické části bude zaměřena na popis metody experience sampling, která byla použita ve výzkumu za účelem zaznamenávání emocionálních postojů ženami s hraniční poruchou osobnosti popsaném v empirické části práce.

Metoda experience sampling (ESM) byla vytvořena za účelem získávání dostatečného počtu opakovaných měření jedince, která zachycují procesy změny jak u daného jedince, tak i napříč různými jedinci (Doubková & Preiss, 2020). Podle Hektnera et al. (2007) je za pomoci ESM možné zachytit každodenní život jedince v celé jeho komplexnosti. Alternativními pojmy vyskytující se v zahraniční odborné literatuře jsou „ecological momentary assessment“, „event sampling“, „ambulatory assessment“, „beeper studies“, „real-time data capture studies“ či „intensive longitudinal assessment“ (Verhagen et al., 2016). V české literatuře se s metodou setkáváme spíše výjimečně. Krivohlavý (2013) překládá anglický název jako „metoda sbírání zkušeností“, Slezáčková (2012) používá termín „metoda snímání vzorků zkušeností“. Z důvodu této nejasnosti bude v práci uváděn pouze anglický název „experience sampling“.

Larson a Csikszentmihalyi (2014) definují metodu experience sampling (dále jen ESM) jako výzkumný postup pro studium toho, co lidé dělají, cítí a co si myslí během svého každodenního života. Respondenti jsou požádáni, aby systematicky hodnotili své současné či velice nedávné pocity, chování či myšlenky, a to v kontextu určité situace. Sady těchto vlastních zpráv od vzorku respondentů vytvářejí archivní soubor každodenních zkušeností. Za pomoci tohoto souboru dat je pak možné řešit například následující otázky: Jak lidé tráví svůj čas? Jak se obvykle cítí, když se účastní různých činností? Jak se liší muži a ženy, dospívající a dospělí, klinické a normální vzorky v jejich každodenních psychických stavech?

Jedním z prvních průkopníků studií každodenního života byl Kurt Lewin, který prosazoval teorii pole a „topologie“ každodenní činnosti. Lewin věřil, že zaznamenávání a zkoumání životního prostoru se přispívá k porozumění faktorům, které strukturují denní myšlení a chování. Od této doby se rozšiřuje myšlenka, že k pochopení chování je třeba nejprve porozumět tomu, jak toto chování pravděpodobně vyvolalo prostředí. Za předchůdce

ESM pak mohou být považovány zejména deníkové záznamy, které byly využívány ke zkoumání mnoha oblastí života jedinců (Larson & Csikszentmihalyi, 2014).

O první publikaci studie se v 70. letech zasloužili Csikszentmihalyi, Larson a Prescott (1977), kteří začali využívat přenosné pagery, jež měly zaznamenávat každodenní aktivity adolescentů. V 90. letech metoda ESM získala na popularitě i v psychologických a medicínských výzkumech (Fisher & To, 2012). ESM byla také použita pro srovnání mezi každodenními zkušenostmi mužů a žen, adolescentů a dospělých a afrických a amerických postgraduálních studentů. Studie zkoumaly každodenní životy mladých lidí, kteří procházeli pubertou či například matek kojenců. Pomocí metody ESM byla také zkoumána témata, jako jsou delikvence, spotřeba energie, školní výkon či profesní spokojenost. Pomocí této metody lze studovat jakoukoli skupinu, jejíž členové jsou ochotni a schopni nosit pagery a poskytovat o sobě hlášení během svého každodenního života (Larson & Csikszentmihalyi, 2014).

Larson a Csikszentmihalyi (2014) uvádějí, že do té doby se většina psychometrických výzkumů snažila změřit spíše stabilní vlastnosti než denní zkušenosti. V posledních letech je však zájem o hodnocení kvality života zvýšený. V celé historii psychologie došlo k pohybu od studia stabilních rysů k zaměření na to, jak ovlivňují situace a kontexty subjektivní prožitky lidí.

Autoři dále konstatují, že dotazníkové metody a rozhovor jsou nedostatečné pro hodnocení stabilních osobnostních rysů. Výzkumy naznačují (například Robinson & Clore, 2002), že lidé nejsou dobří v rekonstrukci svých zkušeností po určité události a že nemohou poskytnout spolehlivé a komplexní informace. To je problémem zejména u tradičních sebesouzovacích metod (Larson & Csikszentmihalyi, 2014).

Co se týče samotného průběhu, účastníci jsou obvykle žádáni, aby opakovaně vyplňovali krátké dotazníky (trvající ne více než 2 minuty) v reakci na pípnutí. Dotazníky se týkají současné nálady, myšlení, vnímání či chování v aktuálním kontextu. ESM je užitečná v psychiatrii i u pacientů se somatickým onemocněním. Metoda se zaměřuje jak na symptomy, tak i na adaptivní fungování s cílem zmapovat normální denní psychologické fungování. Původně byly papírové deníky používány v kombinaci s pagery nebo elektronickými náramkovými hodinkami. Logistika a spolehlivost sběru dat se však

zdokonalila pomocí osobních digitálních asistentů a aplikací pro chytré telefony (například PsyMate, ExperienceSampler nebo aplikace od Invivo, lifeData). Odpovědi se obvykle shromažďují po zaznění signálu v různé časy během dne nebo je hodnocení provedeno v předem stanovený čas (Wilhelm et al., 2011; Conner & Lehnman, 2011). Hodnocení mohou být také vyvolány konkrétní událostí – po události, která je výzkumníky zkoumána, respondent provede hodnocení (Hektner et al., 2007). Dotazníky jsou navrženy pro rychlý a snadný sběr dat a mohou používat otevřené otázky, vizuální analogové stupnice, kontrolní seznamy nebo hodnocení na Likertově stupnici (Verhagen et al., 2016).

### **Proč se ESM používá ve výzkumu?**

Verhagen et al. (2016) se zabývali využitím ESM v klinickém prostředí a předkládají řadu výhod, které ESM přináší.

- ESM má vysokou ekologickou platnost, protože hodnocení se provádí v přirozeném toku skutečného života.
- Opakovaná hodnocení se shromažďují v různých situacích, což vědcům umožňuje oddělit a pochopit variabilitu duševních stavů a psychologických konstrukcí.
- ESM poskytuje bohatý soubor údajů zahrnující informace o duševním stavu, kvalitě života, mobilitě, sociální síti a dalších, což snižuje potřebu používat samostatné dotazníky měřící různé konstrukty.
- Chyba v hodnocení se snižuje opakovanými měřeními v průběhu času. To zlepšuje validitu, spolehlivost a transparentnost hodnocení jednotlivých vzorků, což je užitečné v klinické praxi.
- Citlivost k detekci změn se zvyšuje v důsledku shromažďování dat ve více časových bodech.
- ESM usnadňuje pacientům prostřednictvím zpětné vazby rozpoznávat a převádět daná zjištění do každodenní praxe, jelikož opakovaně hodnotili položky (například úzkost).

Možnou nevýhodou ESM je skutečnost, že metoda je vnímána jako časově náročná. Sběr dat pro respondenty představuje poměrně dlouhodobý a časově náročný závazek. V ideálním případě jsou hodnocení udržována co nejkratší, pokud možno kratší než 1 minutu, maximálně 2 minuty. Studijní protokol 10 hodnocení pro šest po sobě jdoucích dní mají za

následek kumulativní časovou investici <120 min. Soubor dotazníků potřebných v průřezových studiích snadno překračuje tuto časovou investici (Verhagen et al., 2016). Podle Fishera a Ta (2012) by denní časová zátěž ESM neměla přesáhnout 10 minut, pokud je hodnocení požadováno jednou denně. Je-li hodnocení vyžadováno víckrát než pětkrát denně, délka každého jednotlivého hodnocení by neměla přesáhnout 2–3 minuty.

Druhým problémem je, že ne všichni respondenti jsou ochotni se tohoto protokolu účastnit nebo se jím řídit. Před započítím výzkumu je potřeba respondenty dostatečně motivovat k tomu, aby dodržovali pravidelná hodnocení. Je tedy podstatné, aby byli dostatečně přesvědčeni o užitečnosti a smyslu výzkumu, byli seznámeni s průběhem a významem otázek, které se mohou objevit (Larson & Csikszentmihalyi, 2014).

Další nevýhodou mohou být také vyšší náklady na výzkum, které jsou spojeny s novými technologiemi a programy pro sběr dat. Náklady na výzkum mohou také vzrůstat z důvodu odměn pro respondenty, které napomáhají jejich motivaci a spolupráci na výzkumu (Bolger & Laurenceau, 2013).

A nakonec, složitost analýz dat ESM by mohla představovat nevýhodu jak pro výzkumné pracovníky, tak pro klinické lékaře. Nelze použít běžné statistické metody, jako je lineární regresní analýza a analýza rozptylu (Verhagen et al., 2016).



## **7 Cíl práce**

Cílem práce je prozkoumat a popsat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami žen s hraniční poruchou osobnosti a postoji k sobě a představitelům jinakosti. Jednak za pomoci polostrukturovaného rozhovoru (STiP-5.1), který vychází z alternativního modelu pro poruchy osobnosti dle DSM-5 a měří narušení funkčních schopností osobnosti. Jednak pomocí metody experience sampling, která zaznamenávala každodenní pocity k sobě a druhým lidem. Práce poskytne podrobné nahlédnutí do prožívání a vnímání jinakosti žen s hraniční poruchou osobnosti.

### **7.1 Výzkumné otázky**

Hlavní výzkumnou otázkou je, jak ženy s hraniční poruchou osobnosti vnímají sebe samé a představitele jinakosti. Druhou výzkumnou otázkou je, jaká je intraindividuální variabilita emocí žen s hraniční poruchou osobnosti k sobě a druhým lidem.

## 8 Metoda

### 8.1 Design výzkumu

Diplomová práce vychází z projektu *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje*, který byl podpořen Grantovou agenturou České republiky reg. č. 19-10057S. Projekt se zabývá tím, zda a jak naše osobnost ovlivňuje naše postoje k jinakosti, ať už jde o jinakost etnickou, rasovou, zdravotní či jakoukoliv jinou. Pocit jinakosti nastává ve chvíli, kdy si uvědomíme, že se druhý člověk od nás samých jakýmkoliv způsobem odlišuje, ať už se jedná o viditelné znaky, jako je barva pleti, či odlišnosti, které na první pohled vidět nejsou, jako je jazyk, kterým člověk mluví, nebo názor, který zastává. Cílem celého projektu bylo prozkoumat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami jedince a jeho každodenním prožíváním emocí k představitelům jinakosti ([www.jinakost.cz](http://www.jinakost.cz)).

Sběr dat do projektu probíhal od ledna 2019 do června 2020. Do projektu bylo zařazeno pět odlišných skupin. Jednalo se o jak běžnou zdravou populaci, tak o jedince s vysokou hladinou neuroticismu, jedince s diagnostikovanou poruchou osobnosti, xenofobní a xenofilní jedince. Podmínkou účasti na výzkumu byla minimální věková hranice 18 let a české občanství. Samotná účast na projektu byla zcela dobrovolná. Co se týče klinického vzorku, podmínkou byla již stanovená diagnóza jakékoli poruchy osobnosti psychiatrem dle MKN-10.

Výzkum byl složen ze dvou fází. V první fázi se jednalo o osobní setkání s účastníkem trvající necelé dvě hodiny, kde byl popsán účel výzkumu, obeznámení s jeho průběhem, důvěrností i anonymizací získaných dat a následně podepsán informovaný souhlas. Poté byl proveden polostrukturovaný rozhovor zaměřený na současné osobnostní fungování (STiP-5.1), vyplněna baterie dotazníků a provedena registrace do aplikace pro sběr dat v rámci metody experience sampling. Baterie dotazníků zahrnovala například dotazníky zaměřené na postoje k menšinám (Bogardus social distance scale, Bogardus, 1925; Modern racism scale McConahay, 1986; Blatant and subtle racism, Pettigrew & Meertens, 1995), vazbu k rodičům (Parental bonding instrument, Parker et al., 1979), morálku (Morale disengagement scale, Moore et al., 2012), identitu (Ego Identity Scale, Tan et al., 1977), osobnost (BFI-44, Hřebíčková et al., 1999) a další.

Osobní setkání se konalo v Národním ústavu duševního zdraví či na University of New York in Prague (UNYP). V Národním ústavu duševního zdraví probíhala vyšetření především hospitalizovaných pacientů a pacientů docházejících do denního stacionáře, do UNYP přicházeli po osobní domluvě jedinci, kteří se o výzkumu dozvěděli skrze sociální sítě či z informačních letáků.

Druhá část výzkumu probíhala prostřednictvím mobilního telefonu, kdy byl účastník požádán, aby po dobu 30 dní vyplňoval krátký dotazník a hodnotil na Likertově škále své každodenní emoce k sobě a k různým představitelům jinakosti. Za účast ve výzkumu obdržel každý účastník finanční odměnu 600 Kč.

Data byla nasbírána v rámci projektu *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje* a jsou majetkem Národního ústavu duševního zdraví. Bez písemného souhlasu autorů projektu nesmějí být data dále kopírována, publikována ani jinak využívána.

## **8.2 Výzkumný soubor**

Do výzkumného souboru diplomové práce bylo zařazeno celkem 5 žen s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti, které se o výzkumu dozvěděly prostřednictvím terapeutické komunity pro lidi s poruchou osobnosti – Kaleidoskop, a s nimiž bylo autorkou této diplomové práce provedeno šetření. Datum, místo a čas osobního setkání byly domluveny přes e-mailovou komunikaci.

Podmínkou pro zařazení do klinického vzorku byla stanovená diagnóza poruchy osobnosti psychiatrem. Při prvním setkání všichni účastníci z klinického vzorku uvedli, kde a kým jim byla porucha osobnosti diagnostikována. Pro zachování anonymity nejsou tyto údaje v případových studiích uvedeny.

Průměrný věk těchto žen byl 29 let (v rozmezí od 19–46 let). Dvě ženy měly základní vzdělání, tři ženy středoškolské vzdělání s maturitou. Co se týče rodinného stavu, čtyři ženy byly svobodné a jedna byla vdaná. Všechny ženy aktuálně docházejí do terapeutické komunity, čtyři z nich byly v minulosti hospitalizovány na psychiatrickém oddělení. Pro výběr respondentů do diplomové práce kromě samotné diagnózy hraniční poruchy osobnosti byla podmínkou otevřenost v rozhovoru z důvodu získání dostatečného množství informací. Dále také dostatečné množství dat získaných metodou experience sampling, poněvadž ne každý účastník byl schopný poctivě po dobu 30 dní dotazník vyplňovat.

## **8.3 Použité nástroje**

### **8.3.1 STiP-5.1**

V teoretické části byly již popsány základní informace o vzniku metody a jejích psychometrických charakteristikách.

Plán polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti obsahuje tři sloupce a je uspořádán kolem aspektů LPFS (škály úrovní funkčních schopností). Kritéria pro různé úrovně každého aspektu jsou zobrazena v levém sloupci. Na základě těchto kritérií vývojáři určili, jaké informace by měly být shromažďovány, aby bylo možné hodnotit úroveň narušení funkčních schopností osobnosti. Tyto požadované aspekty jsou popsány v pravém sloupci a poskytují tak informace, které se mají získat pro každou část rozhovoru. Prostřední sloupec obsahuje konkrétní otázky, které by měly být respondentovi kladeny.

Otázky jsou rozděleny na hlavní a pomocné. Hlavní otázky v rozhovoru musí zaznít pokaždé, pomocné otázky je vhodné pokládat v případě, kdy si tazatel není jistý volbou příslušné úrovně narušení funkčních schopností.

Začátek rozhovoru je uveden následujícími slovy: *Tento rozhovor je o Vás jako o osobě. Jinými slovy budeme mluvit o tom, co si o sobě myslíte, jak se cítíte, jaké charakteristiky jsou pro Vás typické a jaké cíle jste si stanovil/a. Budeme se také bavit o tom, jak vycházíte s ostatními lidmi, tedy jaké s nimi máte vztahy, jak se s druhými stýkáte, jak s nimi komunikujete.* Cílem rozhovoru je zachytit, jaké je současné fungování osobnosti dotazovaného. Je tedy třeba dotazovaného vždy upozornit na to, aby hovořil o svém současném stavu a uváděl příklady ze svého života z posledního měsíce. V rozhovoru je hodnoceno 12 aspektů osobnosti, které se vždy týkají konkrétní oblasti (identita, sebeřízení, empatie, identita). Ty jsou hodnoceny na škále úrovní funkčních schopností od 0 (například 1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními: *Vnímá svou vlastní jedinečnost, udržuje hranice adekvátní sociální rolí.*) do 4 (*Prožitek jedinečného Já, pocit kontroly/autonomie prakticky chybí, nebo jsou utvářeny pocitem vnější perzekuce. Hranice s druhými jsou nejasné nebo chybí.*). Hodnocení 0 odpovídá absenci narušení funkčních schopností, oproti tomu 4. úroveň už znamená velmi závažné narušení funkčních schopností osobnosti. Kontrolování každého deskriptoru samostatně by mohlo vést k velmi dlouhému rozhovoru. Autoři tedy zvolili „trychtýřovou“ strategii zaměřenou na možné zúžení úrovně závažnosti prostřednictvím sledu otázek (Hutsebaut et al., 2014). Každá část rozhovoru začíná otevřenou otázkou (například 1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními: *Jak byste popsal sám sebe? Jaký člověk jste?*) Na základě informací poskytnutých dotazovaným je docela možné vyloučit dvě nebo tři úrovně závažnosti, a tím zúžit další tázání na zbývající dvě až tři úrovně. Následně je možné použít pomocné otázky se zaměřením na zbývající úrovně k odlišení mezi zbývajících úrovněmi narušení pro daný aspekt (například: *Cítíte se někdy prázdný nebo že už nevíte, kdo jste?* s odkazem na úrovně 3 a 4).

Nakonec je předpokládaná úroveň kontrolována přetvořením získaných informací do podmínky, která odpovídá výslovnému kritériu úrovně v LPFS (tj. pomocí specifických kontrolních otázek; například: *Mám pravdu, že říkáte, že často nevíte, kdo jste, cítíte se prázdný a máte v sobě tendenci příliš se přizpůsobit lidem, se kterými jste?* jako kontrola

úrovně 3). V nejasných případech lze také použít zkušební otázku, která představuje nabídnutí dvou možností odkazujících na dvě různé úrovně funkčních schopností osobnosti, ze kterých si dotazovaný vybere tu přesnější.

Hutsebaut et al. (2014) uvádějí, že možnost nesledovat všechny úrovně fungování pomocí výše zmíněné strategie umožňuje časově efektivnější plán rozhovoru a že přizpůsobení shromážděných informací uvedeným popisům v LPFS zvyšuje spolehlivost. Podle zkušeností autorů tento postup umožňuje transparentní a kolaborativní styl rozhovoru a redukuje subjektivní hodnocení, ke kterému by jinak mohlo docházet.

Výsledné hodnocení každého aspektu by mělo být provedeno až po dokončení celého rozhovoru. Každá z dvanácti oblastí rozhovoru je hodnocena samostatně, z nichž se pak dostává celkového hodnocení pro self škálu, která zahrnuje identitu a sebeřízení, a pro interpersonální škálu, zahrnující empatii a intimitu. Nakonec je potřeba na základě těchto dvou škál provést celkové hodnocení narušení funkčních schopností osobnosti. Pokud se například rozhoduje mezi hodnocením 2–3, je nutné se přiklonit k jedné z úrovní závažnosti (nelze hodnotit 2,5). Například když je fungování self narušeno více než interpersonální fungování, je třeba využít svůj úsudek a vytvořit souhrn hodnocení, což naznačuje nejlepší odhad úrovně osobnostního fungování respondenta (Hutsebaut et al., 2014).

Autorka této práce byla proškolená v administraci a hodnocení zde popsaného polostrukturovaného rozhovoru. Prvních pár rozhovorů probíhalo pod odborným dohledem výzkumných pracovníků podílejících se na výše popsaném projektu. Celková délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala okolo 45–60 minut v závislosti na schopnosti sebereflexe a otevřenosti dotazovaných.

Vzhledem k povaze a citlivosti dat, nebyly rozhovory nahrávány. Před započítím rozhovoru byli také účastníci informováni, že pokud by pro ně některé otázky byly příliš osobní a nepříjemné, mají právo na ně neodpovídat či rozhovor kdykoli ukončit.

V následující tabulce je uvedena struktura polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti.

**Tabulka 7 – Struktura STiP-5.1**

SELF	identita	1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními
		1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení
		1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků
	sebeřízení	2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle
		2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování
		2.3 Schopnost produktivní sebereflexe
INTERPERSONÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	empatie	3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění
		3.2 Tolerance různých perspektiv
		3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé
	intimita	4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními
		4.2 Schopnost a touha po blízkosti
		4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování

### 8.3.6 Metoda experience sampling

Respondenti byli během osobního setkání po dokončení rozhovoru a vyplnění baterie dotazníků zaregistrováni do aplikace Surveysignal. Pro sběr každodenních zkušeností nepotřebovali žádný pager či tužku a papír, ale odpovědi zaznamenávali přímo do mobilní aplikace, která byla financována Národním ústavem duševního zdraví. Sběr dat prostřednictvím mobilního telefonu probíhal celkem 30 dní. Každý den přicházel vždy ve stejný čas – v 10:30 hodin dopoledne formou SMS internetový odkaz na krátký dotazník, na

který mohli respondenti odpovědět nejdéle do půlnoci daného dne. Jeho vyplnění každý den zabralo zhruba 2 minuty. Respondenti byly žádáni, aby hodnotili určité emoce k různým představitelům jinakosti.

Konkrétně se jednalo o tyto – otec, matka, partner/partnerka / jiný blízký člověk, Rom, neznámý člověk, turista, cizinec, migrant, člověk bez domova, Vietnámec, člověk s duševním onemocněním a člověk se zdravotním postižením, hodnoceny byly také emoce vůči sobě samé/mu. V každém dni respondenti hodnotili pouze vybrané představitele.

Posuzované emoce byly následující: znechucení, empatie, hněv, soucit, lítost, respekt. Intenzitu prožívání těchto emocí respondenti hodnotili na sedmibodové stupnici od 1 (vůbec ne) po 7 (velmi mnoho). Při hodnocení vlastní osoby byly emoce redukovány pouze na 4 (znechucení, hněv, lítost a respekt). Zbylé emoce (empatie, soucit) nedávají vzhledem k vlastní osobě smysl. Kromě hodnocení intenzity pocíťovaných emocí na škálách byli respondenti požádáni, aby se každý den pokusili vyplňovat informaci o tom, jaké události mohly jejich postoje v daný den ovlivnit.

Za pomoci metody experience sampling lze měřit každodenní vnímání jinakosti a sledovat intraindividuální variabilitu emocí spojených s představiteli jinakosti.

## **8.4 Zpracování dat**

Data byla analyzována kvalitativně prostřednictvím detailního rozboru jednotlivých případů. Případová studie je charakterizována jako podrobné studium konkrétního případu či několika případů s cílem prozkoumat zkoumané jevy do hloubky v určitém kontextu a dojít tak k jejich hlubšímu porozumění. Jinými slovy jde o zachycení složitosti případů a popis vztahů v celé jejich komplexnosti. Je zde také předpoklad, že pečlivým prozkoumáním jednoho případu je možné lépe porozumět i dalším podobným případům (Hendl, 2016).

V případové studii jde vždy o záměrný výběr, v této diplomové práci se jedná o pět žen s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Každá případová studie obsahuje informace z anamnestického rozhovoru, polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 o funkčních schopnostech osobnosti a dat získaných prostřednictvím metody experience sampling, kde budou výsledky pro vybrané představitele jinakosti znázorněny pro lepší orientaci i graficky. Případové studie poskytnou podrobné nahlédnutí do prožívání a vnímání jinakosti žen s hraniční poruchou osobnosti.



Vzhledem k tomu, že jde o případovou studii, bude pro hlubší vhled každá hodnocená oblast polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti popsána velmi podrobně prostřednictvím konkrétních informací, které byly během rozhovoru s pacientkami získány, a pod každou z dvanácti popisovaných oblastí bude uvedeno hodnocení na škále funkčních schopností osobnosti společně s popisem kritéria pro danou úroveň narušení a interpretací autorky diplomové práce.

Z důvodu, že zpracování dat z celého projektu není dokončeno, nejsou pro jednotlivé dotazníky stanoveny normy. Průměrné hodnoty se totiž budou zjišťovat až u celého souboru respondentů. Rovněž z důvodu absence referenční skupiny a malého počtu respondentek nebyly dotazníky do případových studií zahrnuty.

Co se týče ESM, pro ilustraci intraindividuální variability budou do případových studií zařazeni pouze vybraní představitelé jinakosti, u kterých byla během 30 dní patrná fluktuace emocí. Do každé z případových studií bude vždy zahrnuto sebehodnocení pacientky a hodnocení jejich nejbližších osob (matka, otec). Tato část bude představena pomocí grafů pro každého představitele a jejich interpretací.

## **9 Případové studie**

### **9.1 Pacientka A**

#### **Anamnestický rozhovor**

Pacientce je 32 let, je svobodná, má středoškolské vzdělání s maturitou, aktuálně pracuje jako peer konzultantka a žije ve společné domácnosti s kamarádkou.

Rodiče pacientky jsou v invalidním důchodu a žijí v manželském svazku již 42 let. Matka má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu, otec byl léčen pro úraz hlavy na neurologii. Pacientka má dva bratry ve věku 40 a 38 let. Vztahy s bratry jsou poměrně vzdálené a chladné. Podle slov pacientky bratři z vlastní iniciativy nejeví o společný kontakt s rodinou zájem. Vztahy s rodiči pacientka hodnotí také jako chladné, zejména se vyjadřuje o svém špatném vztahu s matkou, kterou vnímá jako velmi emočně nestabilní a autoritářskou. Když byla pacientka dítětem, matka neměla ráda ruch a hlasité zvuky, při výchově užívala fyzické tresty. Matka jí však byla nápomocná se školou, jelikož pacientka měla diagnostikovanou dyslexii a dysortografii.

Pacientka má kromě hraniční poruchy osobnosti diagnostikovanou středně těžkou depresivní fázi, obsedantně-kompulzivní poruchu, úzkostnou poruchu a poruchu psychosexuálního vývoje. V minulosti se potýkala také s poruchami příjmu potravy, sebepoškozováním a intoxikací léky společně s alkoholem. Hospitalizovaná byla v různých zařízeních celkem devětkrát.

Problémy zažívala již v období školní docházky, kdy byla fyzicky i psychicky šikanována svými spolužačkami. Prospěch měla průměrný, většinou dostávala dvojky a trojky. Považuje se za perfekcionistku, která měla ve škole vše vydržené. Nikdy nenosila poznámky a za špatné známky nebyla rodiči trestána. Spolužáky považovala za nutné zlo a často si přála být neviditelná. Ve třídě si rozuměla s pár chlapci, avšak více tíhla k třídní učitelce.

Profesně je pacientka spokojená, jelikož dělá svou vysněnou práci. Je to však poprvé, kdy je součástí pracovního týmu, což je pro ni občas těžké. Do pracovních vztahů se promítají vztahové problémy, které má v osobním životě. V takových situacích se dle svých slov cítí nepřijatá, neviditelná a vadná. Má také pocit, že je jiná než její kolegyně a nemá ostatním co nabídnout. Pacientka svoji nadřazenou nevnímá jako autoritu. Jako důvody uvedla, že chodí

pozdě na schůzky a nepečuje o tým tak, jak by si pacientka přála. Svoji nespokojenost pacientka verbálně vyjadřuje, kvůli čemuž dochází ke vzájemným konfliktům. Kromě práce peer konzultantky si také přivydělává úklidem v domácnostech.

Již ve svých 10 letech pravidelně docházela k psychologce, měla problémy s usínáním, když byla v pokoji sama. Skutečnost, že je jiná než ostatní, si uvědomila kvůli ponižování od dětí ve škole, které ji vyčleňovaly z kolektivu. Tehdy poprvé pocítila, že není vítaná a že mezi své spolužáky nepatří. Počátek problémů se u pacientky objevil v listopadu roku 2004, kdy se poprvé pořezala. Důvodem byla dlouhodobá šikana ve škole. Od té doby se pacientka sebepoškozovala pravidelně. Ve věku 17 let se u pacientky začal projevovat nesnesitelný odpor ke svému tělu a sebenenávist. V souvislosti s psychickými problémy se pacientka začala potýkat s poruchami příjmu potravy, protože nenáviděla ženské rysy svého těla. Poprvé byla hospitalizována v 18 letech, kdy prožívala silné deprese, úzkosti a strach ze svých spolužaček. Během dospívání si také uvědomovala, že ostatní mají zájem o kluky, kdežto ona neměla zájem o žádné partnerské vztahy, a tak je to až doteď.

Co se týče projevů hraniční poruchy, pacientka hovoří o nesnesitelné psychické bolesti a utrpení, odporu k sobě, ke svému tělu, sebenenávisti, odporu k životu, vidině smrti jako řešení, sebepoškozování a nejasnosti v sexuální identitě, ale i v tom, kdo je, kam směřuje, co chce a co se jí líbí. Dále pravidelně zažívá pocity prázdnoty a samoty, strach z opuštění a kritiky, má nízkou sebedůvěru, strach z lidí a toho, že nemá lidem co nabídnout, a pocity beznaděje. U pacientky se objevuje také absence strachu o život, touha mít rakovinu a absence touhy najít si partnerský vztah. Vyskytuje se u ní potřeba ujišťování, lásky a jistoty. Touží po přijetí druhými lidmi a někam patřit, zároveň se však bojí někam patřit. Má velký strach z nových věcí a změn v životě. Každá změna pro pacientku znamená velký stres, propad do deprese a úzkosti. Těžko se jí hledá smysl v životě a důvod žít.

Ke zmírnění potíží přispělo 9 hospitalizací, pobyt v terapeutické komunitě Kaleidoskop, dialekticko-behaviorální terapie pro psychiatricky nemocné pacienty s poruchou osobnosti a pravidelná psychoterapie, na kterou dochází od svých 17 let. Odstěhovala se od matky, protože to s ní již nezvládala a chtěla se postavit na vlastní nohy, což bohužel vedlo k další hospitalizaci. Pacientka popisuje, že největší změna nastala zásluhou terapeutické komunity Kaleidoskop, v níž jí dle jejích slov zachránili život. Poté si našla bydlení, práci, přátele a koníčky. Léky užívá pravidelně od svých 17 let, má však pocit, že nefungují.

## **Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1)**

### *Shrnutí hodnocení*

<b>Self škála</b> <i>(Identita, Sebeřízení)</i>	<b>3</b>
<b>Interpersonální škála</b> <i>(Empatie, Intimita)</i>	<b>2</b>
<b>Celkem</b>	<b>3</b>

### **1. Identita**

#### **1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními**

Pacientka by sama sebe popsala jako perfekcionistku zaměřenou na výkon a zároveň velmi empatickou osobu. Ve společnosti nejbližších lidí se umí se dobře bavit, naproti tomu mezi cizími lidmi je spíše uzavřená. Často cítí, že by si přála být neviditelná, má pocit, že je jiná než její vrstevníci, a sama neví, kdo doopravdy je. V bezpečném prostředí dokáže být sama sebou. Kritiku snáší velmi těžce, v situacích, kdy je jí podrobována, se raději uzavírá okolnímu světu. Během silného napětí zažívá pocity disociace, při nichž odděluje tělo od svého já a nepovažuje ho za své. Často prožívá strach z odmítnutí a ublížení ze strany druhých lidí. Stane-li se, že s někým nesouhlasí, raději mlčí a nechává si svůj názor pro sebe.

**Hodnocení 3** (*Má slabý pocit autonomie/kontroly; pocit nedostatku identity nebo prázdnoty. Vymezení hranic je slabé nebo rigidní – přehnaná identifikace s druhými, přehnaný důraz na nezávislost na druhých, nebo kolísá mezi obojím*): Z výše uvedeného popisu je patrné, že pacientka má slabý pocit vlastní hodnoty, což dává do souvislosti s nedostatkem identity a tím, že se cítí být jiná než její vrstevníci a bojí se, že bude kritizována. Pocit vlastní hodnoty není schopna za podmínek stresu a ve styku s ostatními udržovat. Vzhledem ke svému strachu z odmítnutí raději přijímá názory druhých lidí bez kritiky. Zde získané informace odpovídají kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení**

Sebeúcta pacientky je opravdu velmi nízká a negativní pocity o sobě samé jsou natolik silné, že pacientka prožívá averzi sama k sobě. Nemí je spokojená s tím, že neví, kdo je a kam jde, nemá žádné cíle ani touhy. Nikdy v životě se nezamilovala a neměla žádný vztah.

Nespokojenost pacientky je převážně dána tím, že se necítí dobře ve svém vlastním těle. Pocity o sobě samé jsou již od dětství do značné míry určovány tím, co si o ní myslí druzí lidé. To špatné, co o sobě slýchávala, přijala za své.

**Hodnocení 4** (*Oslabený, narušený sebeobraz ohrožený interakcemi s druhými. Výrazné narušení nebo zmatek v sebehodnocení*): Pacientka má narušenou sebeúctu, což pramení zejména z jejího dětství, projevující se výraznou nespokojeností s vlastním tělem a nejasnostmi v identitě a vlastních preferencích. Sebeúcta pacientky je do značné míry ovlivňována i vnějšími okolnostmi, poněvadž je velmi citlivá na kritiku. Sebehodnocení je u pacientky významně narušené, což popisuje kritérium pro 4. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### **1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků**

Mezi emoce, které pacientka běžně zažívá, řadí radost, nadšení, překvapení, strach, úzkost, bezmoc a zlost. Nejsilněji ji ovládá agrese vůči sobě samé, kdy má zároveň tendenci se sebepoškozovat. Pacientka prožívá emoce velmi intenzivně a zejména kritika je pro ni těžko zvladatelná. V takových situacích přichází bezmoc, smutek a sebenenávist. V případě prožívání pozitivních emocí si pacientka uvědomuje příčinu jejich vzniku, kdežto negativní emoce k ní přicházejí neustále a většinou nemají zcela jasnou příčinu.

**Hodnocení 4** (*Emoce se neshodují s kontextem, nebo vnitřním prožíváním. Nenávist a agrese jako dominantní afekty, ale mohou být popírány a připisovány druhým*): Zde bylo pacientku poměrně těžké hodnotit. Ačkoli zažívá poměrně širokou škálu emocí, jsou u pacientky dominantními afekty nenávist a agrese. Při prožívání intenzivních emocí, má pacientka sklon obracet agresi proti sobě a sebepoškozovat se, což vypovídá o neschopnosti regulovat negativní emoční zážitky. Z těchto důvodů odpovídá daná oblast nejvíce kritériu pro 4. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2. Sebeřízení**

### **2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle**

Pacientka má potíže ve stanovování cílů, jelikož má strach z vlastního selhání a neúspěchu. Současně pomocí pravidelné terapie pracuje na poznání sama sebe. Je pro ni důležité přestat se srovnávat s druhými lidmi a nepřipadat si mezi nimi méněcenná. Jejím snem je pomáhat

druhým lidem, protože mluvit o své cestě zotavení, pomáhá i jí samotné. Nejdůležitější cíle se snaží nevzdávat, u menších cílů ji často odradí nezdar.

**Hodnocení 3** (*Potíže ve stanovování nebo dosahování osobních cílů.*): Pacientka hovoří o tom, že má potíže ve stanovování osobních cílů z důvodu strachu z vlastního selhání či případného neúspěchu. Cíle jsou založené na skutečnosti, že si nechce připadat méněcenná mezi druhými lidmi. Proto je zde možné konstatovat, že pacientka odpovídá kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování**

Pacientka si pro sebe stanovila následující zásady. Dá-li jí někdo důvěru, nezklame ho, a co slíbí, to dodrží. Nikdy by nikomu nelhala ani neublížila, naopak má tendenci ochraňovat ostatní, což dává do souvislosti se svým nízkým pudem sebezáchovy. Nedělá jí problém v každé situaci zasáhnout, protože o sebe nemá strach. V dodržování zásad, které si pro sebe pacientka stanovila, je úspěšná.

**Hodnocení 0** (*Využívá vhodných standardů chování k dosažení uspokojení v rozličných oblastech*): Vzhledem k tomu, že pacientka má jasné vnitřní normy a standardy, které se ve svém životě snaží dodržovat, nebylo v dané oblasti zaznamenáno narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.3 Schopnost produktivní sebereflexe**

Schopnost reflektovat své vlastní duševní procesy je u pacientky vzhledem k dlouhodobému navštěvování terapie velmi dobrá. Svým myšlenkám a emocím obvykle rozumí, není však schopna porozumět tomu, kdo doopravdy je. Při snaze porozumět sama sobě se pacientka spoléhá převážně na pocity a intuici, občas se však snaží své duševní procesy i analyzovat.

**Hodnocení 0** (*Dokáže si uvědomit vnitřní prožitek a vyvodit z něj konstruktivní závěry*): Ačkoli je u pacientky narušen pocit vlastní identity, který je popsán a hodnocen výše, je schopna uvědomit si vnitřní prožitek a vyvodit z něj konstruktivní závěry. Z toho důvodu v této oblasti nebylo zaznamenáno žádné narušení funkčních schopností osobnosti, poněvadž sebereflexe pacientky je na dobré úrovni.

### 3. Empatie

#### 3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění

Co se týče schopnosti porozumět druhým lidem, pacientka někdy naráží na to, že předpokládá, že ostatní myslí a prožívají podobným způsobem jako ona. Na základě svých zkušeností si dělá domněnky, které si však snaží ověřovat tak, že se druhého zeptá. V situacích, kdy se na pacientku někdo zlobí, automaticky předpokládá, že bude opuštěna.

**Hodnocení 2** (*Zvýšeně vnímavá k prožitkům druhých, ale pouze pokud si uvědomuje jejich význam vzhledem k sobě*): Pacientka má někdy problém porozumět myšlenkám a pocitům druhých odděleně od svých vlastních. Jak sama popisuje v případě hněvu, který je obrácen směrem k její osobě, automaticky předpokládá, že bude daným člověkem opuštěna. Ačkoli si mnohdy dělá domněnky o tom, co si druhý člověk myslí nebo co cítí, dokáže se druhého zeptat, zda tomu rozumí správně. Získané informace tedy odpovídají kritériu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### 3.2 Tolerance různých perspektiv

Pacientka se zajímá o názory druhých lidí a dokáže je přijímat. Ačkoli umí zvládnout to, že má druhý na věc odlišný názor nebo pohled, vytváří se v ní představa, že je její názor špatný a bezvýznamný. Dojde-li k neshodě v názorech, má tendenci si to brát více osobně a domnívat se, že ji ostatní vnímají jako hloupou. Pokud se jí však názor druhého člověka dotýká, umí to dát verbálně najevo.

**Hodnocení 0** (*Chápe a oceňuje perspektivy ostatních, i když s nimi nesouhlasí*): Zde je možné vidět, že odlišný pohled na věc má za následek skutečnost, že si pacientka připadá hloupá a vytváří se v ní pocit, že je její názor bezvýznamný. Není však narušena tolerance různých perspektiv sama o sobě, pacientka se o názory druhých zajímá a je schopna je přijímat. Z toho důvodu je pro danou oblast možné konstatovat absenci narušení funkčních schopností osobnosti.

#### 3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé

Pacientka často nedokáže odhadnout dopad svého chování na druhé. Zejména hovoří o své přílišné upřímnosti během skupinové terapie. Pravidelně se jí stává, že něco řekne přesně

tak, jak si to myslí, a už si v danou chvíli neuvědomuje, jaký dopad na druhé to může mít. Později pak přemýšlí nad tím, jak něco, co řekla nebo udělala, přijal někdo jiný.

**Hodnocení 1** (*Často si neuvědomuje, jaký vliv má její chování na druhé.*): Zde byla pacientka hodnocena na 1. úrovni narušení funkčních schopností osobnosti, protože získané informace zcela odpovídají stanovenému kritériu. Pro toto hodnocení bylo rovněž podmínkou, že se o dopady svého chování na druhé později zajímá a dokáže je realisticky vyhodnotit.

#### **4. Intimita**

##### **4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními**

Ačkoli je u pacientky přítomna touha utvářet vztahy ve společenském životě, je pro ni těžké si s někým povídat, protože si myslí, že o sobě nemá co říct. Při kontaktu s druhými lidmi preferuje, když je za tím nějaká aktivita. Pacientka se sama za sebe stydí, chtěla by utvářet vztahy, ale neumí si představit, jaké by bylo takové důvěrné vztahy mít. Chce mít ve společnosti své místo, touží po vztahu a přijetí v kolektivu. Od lidí si většinou drží odstup, protože se bojí, že by jí mohli ublížit, jako tomu bylo v období školních let. Nejvíce svého času tráví s kolegy v práci, s terapeutkou, psychiatrickou a občas se stýká s několika přáteli.

**Hodnocení 3** (*Má určitou touhu utvářet vztahy ve společenském životě, ale schopnost vytvářet pozitivní dlouhodobé vztahy je významně narušena*): U pacientky je přítomna touha vytvářet ve svém životě společenské vztahy, avšak z důvodu svých minulých zkušeností sama není schopna takové vztahy vytvářet. Na základě těchto skutečností odpovídá kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

##### **4.2 Schopnost a touha po blízkosti**

Přestože pacientka považuje za důležité mít v životě důvěrné vztahy s lidmi, neví, jak takových vztahů dosáhnout. Sama má pár přátel, ale nic si z těchto vztahů neodnáší a kontakt s nimi shledává jako poměrně náročný. Otevřená dokáže být pouze ve vztahu se svojí terapeutkou. Pokud se snaží navázat s někým přátelský vztah, má pocit, že do vztahu investuje pouze ona a druzí o kontakt s ní nestojí. Většinou si myslí, že je druhým lidem na obtíž. Pokud ve vztahu vznikne napětí, má tendenci držet si odstup, poněvadž očekává zranění.



**Hodnocení 3** (*Vztahy jsou založeny na silném přesvědčení o potřebě blízkého člověka a/nebo očekávání, že bude opuštěna nebo zneužita. Pocity týkající se intimní spoluúčasti ve vztahu se pohybují mezi strachem, odmítnutím a zoufalou potřebou osobního kontaktu*): Pacientka nemá ve svém životě žádné důvěrné vztahy, ačkoli je u ní přítomna touha takové vztahy mít. Ve vztazích nabývá přesvědčení, že bude opuštěna nebo zneužita, což odpovídá kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování**

Pacientka dává přednost společné práci s ostatními před samostatnou prací, a to z toho důvodu, že nemá takový strach z vlastního selhání. Raději se přidá do skupiny a dělá to, co se jí řekne. Nebojí se totiž, že něco pokazí, a pokud ano, je pouze jedna z mnoha. Do skupinové diskuse se zapojí pouze za předpokladu, že má k danému tématu co říct, v opačném případě zažívá pocit, že je hloupá. Ve skupině se podřizuje názorům ostatních členů, protože se snaží vyhýbat konfliktům.

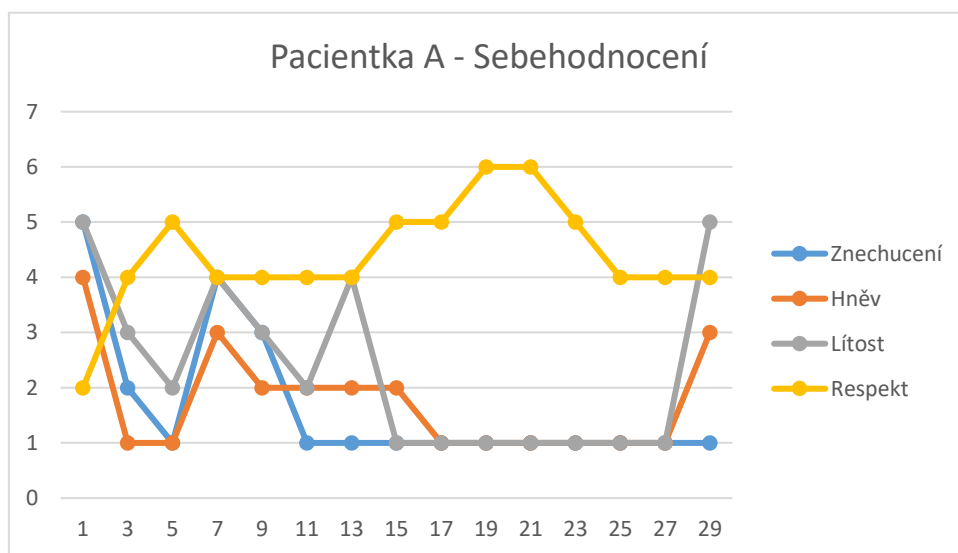
**Hodnocení 3** (*Malá míra vzájemnosti – ostatní lidé jsou vnímáni primárně podle toho, jak na ni působí. Snaha o spolupráci je často narušena jejím přesvědčením, že jí ostatní pohrdají*): Informace získané od pacientky odpovídají 3. úrovni narušení funkčních schopností osobnosti, která je charakteristická malou mírou vzájemnosti. Na spolupráci se podílí zejména ze strachu z vlastního selhání. Z důvodu předcházení konfliktům a pocitů vlastní méněcennosti bere názory druhých lidí až příliš v úvahu.

#### **Celkové shrnutí osobnostního fungování**

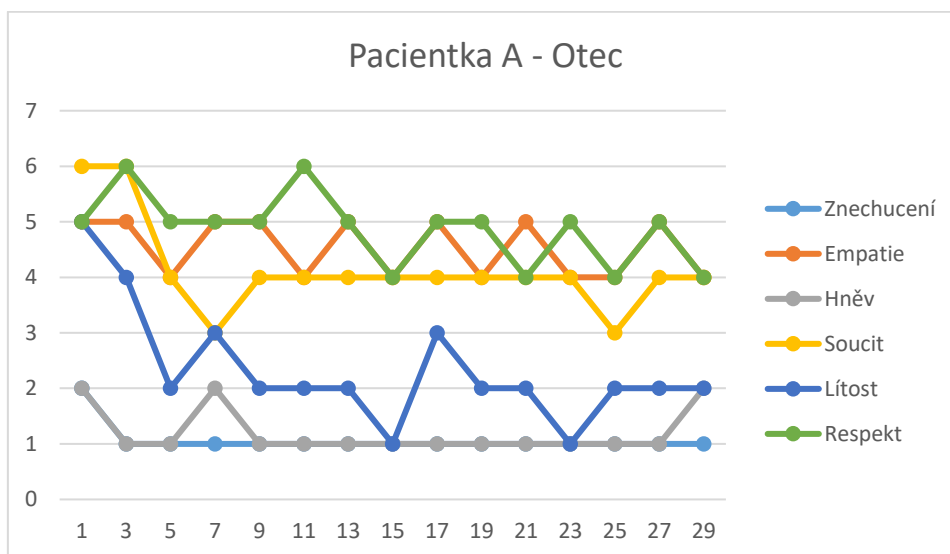
Na základě získaných informací je patrné, že je u pacientky narušeno osobnostní fungování zejména v oblasti identity a intimity. Pacientka je sama se sebou výrazně nespokojená, špatně snáší kritiku ze strany druhých lidí a má silný strach z odmítnutí, který se poté projevuje i v neschopnosti navázat ve svém životě blízké vztahy. Pacientka má slabý pocit vlastní identity, není si jistá ve svých preferencích, a z toho důvodu zažívá pocit, že nemá druhým co nabídnout. Emoce prožívá velmi intenzivně, zejména vztek, který obrací proti sobě, a má tak tendenci se sebepoškozovat. Naproti tomu v oblastech sebeřízení a empatie si pacientka vede poměrně dobře a v těchto oblastech bylo zaznamenáno pouze malé narušení osobnostního fungování.

### Hodnocení emocí k představitelům jinakosti (ESM)

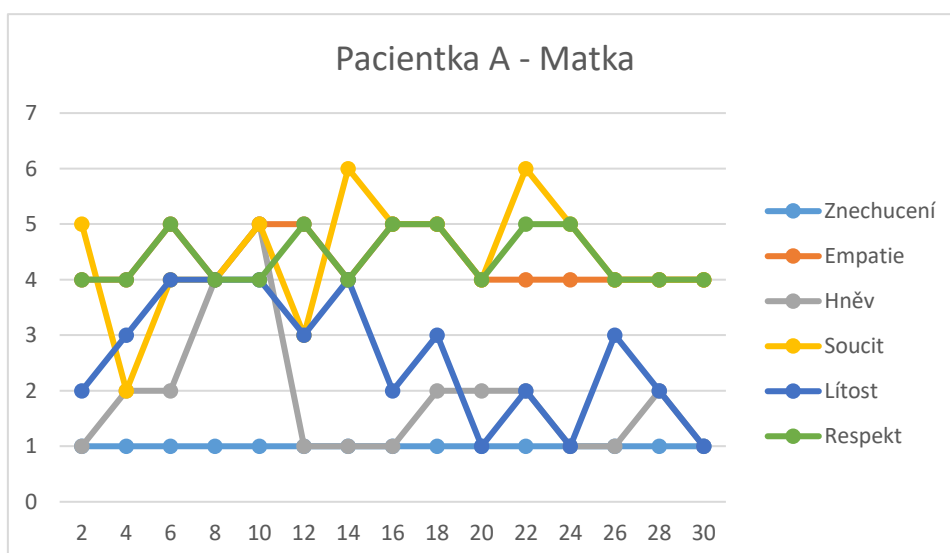
Do kazuistiky pro pacientku A nebyli zařazeni následující typičtí představitelé jinakosti: Vietnamec, člověk se zdravotním postižením, turista, migrant a cizinec, a to z toho důvodu, že u těchto představitelů nebyly během 30 dní zaznamenány žádné významné výkyvy v emocích ani případné komentáře. K člověku se zdravotním postižením měla pacientka po celou dobu hodnocení velmi pozitivní postoj, a vůči tomu představiteli byly hodnocené emoce poměrně stálé. K turistovi, migrantovi, cizinci a Vietnamcovi pravděpodobně zaujímá pacientka nevyhraněný postoj a výkyvy v emocích k těmto představitelům nejsou považovány za významné.



1. den pacientka komentovala slovy „*Dnes se nic nestalo*“, v tento den zároveň zaznamenala znechucení a lítost na hodnotě 5 a hněv na hodnotě 4, což jsou oproti nadcházejícím dnům vyšší hodnoty. Je tedy možné se domnívat, že pacientka nebyla ovlivněna kontextem, ve kterém se nacházela, ale aktuálním psychickým rozpoložením. Během 30 dní k sobě pacientka pociťovala přiměřenou míru respektu, a naopak poměrně nízkou míru znechucení a hněvu. U lítosti jsou patrné určité výkyvy, zejména 27. i 29. den pacientka zaznamenala lítost k sobě na hodnotě 5, což je oproti předchozím dnům, kdy těmto emocím pacientka přiřadila hodnotu 1 („vůbec ne“), značný nárůst. Společně s vyšší intenzitou lítosti, lze na grafu vidět i lehce zvýšený hněv. Tento den bohužel nebyl pacientkou okomentován, tudíž nelze usuzovat, zda bylo toto hodnocení ovlivněno událostmi daného dne.

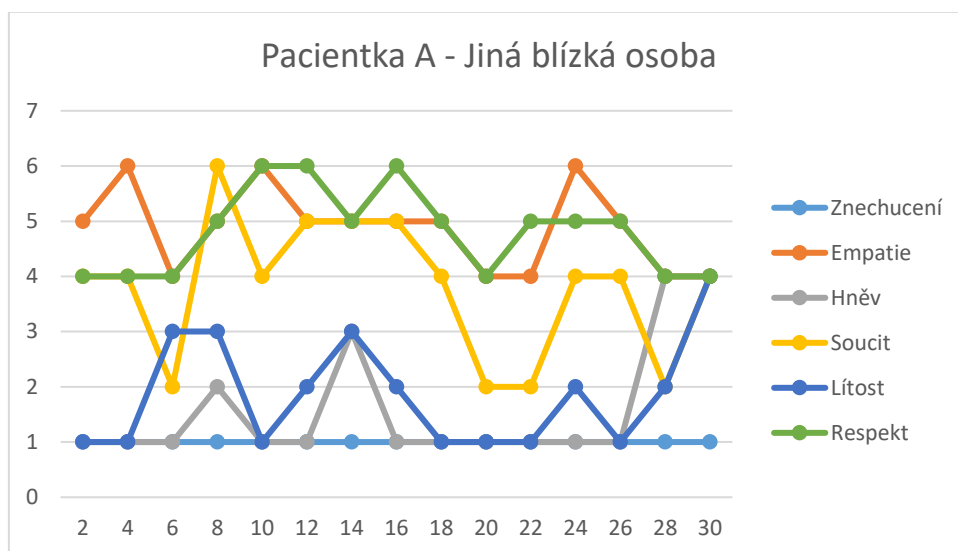


Z grafu, který zobrazuje, jak pacientka zaznamenávala pociťované emoce k otci, je očividné, že emoce jsou během 30 dní poměrně stálé. Nejvýznamnější výkyvy se však objevují v prožívání lítosti, která fluktuuje mezi hodnotami 1–5. Pacientka bohužel nekomentovala, co tyto výkyvy v daných dnech způsobilo. Ve 3. dni pacientka hodnocení svých emocí doplnila komentářem: „K tátovi cítím velký respekt a ocenění za to, že neváhal v noci z Ostravy pro mě přijet do Olomouce, když se porouchal dálkový autobus směr Praha.“ Ve 3. dni si tedy lze povšimnout zaznamenání respektu a soucitu k otci na hodnotě 6. V dalších dnech je intenzita soucitu již ustálená na hodnotách 3–4.



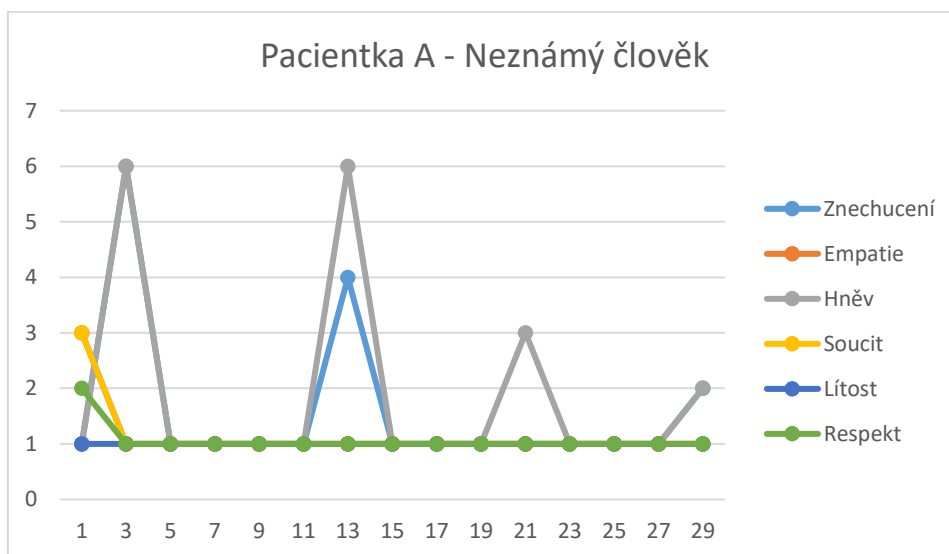
Na grafu zobrazujícím pociťované emoce k matce je možné pozorovat větší výkyvy v emocích, než tomu bylo na grafu pro otce. Fluktuace emocí je patrná v hodnocení soucitu,

lítosti a hněvu. Pacientka však nedává dané výkyvy do žádného kontextu. Zde je vhodné připomenout, že matka pacientky má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu a tato skutečnost by mohla dané výkyvy v emocích ve vztahu k matce vysvětlovat. K oběma rodičům pacientka pocítovala přiměřený respekt i empatii, naopak znechucení k rodičům zaznamenávala konstantně na hodnotě 1.

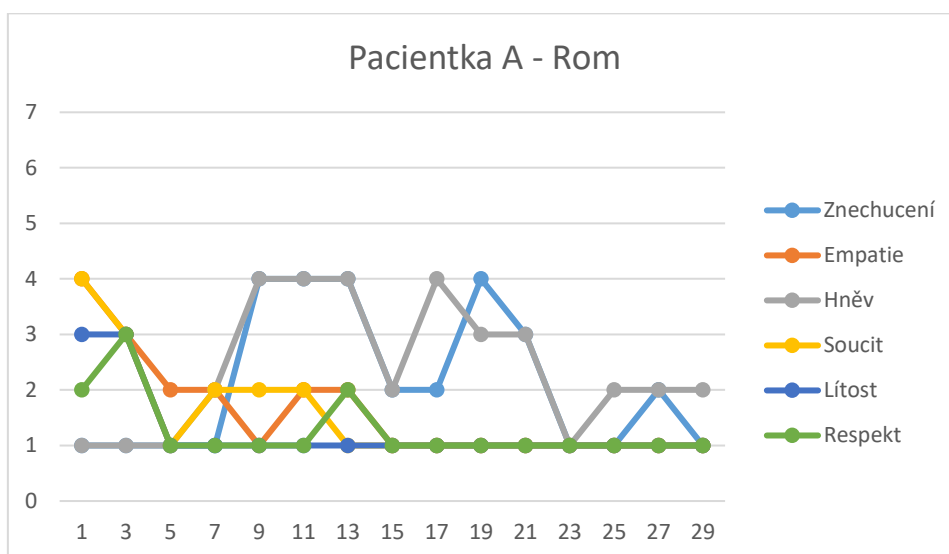


Pacientka hned 1. den hodnocení intenzity emocí k představitelům jinakosti komentovala, že nemá partnera. Z toho důvodu lze předpokládat, že hodnotila emoce k jiné blízké osobě, než jsou rodiče či partner. Zde je vhodné připomenout, že pacientka v rozhovoru STiP-5.1 hovořila o tom, že nemá žádné důvěrné vztahy a otevřená je pouze ve vztahu ke své terapeutce.

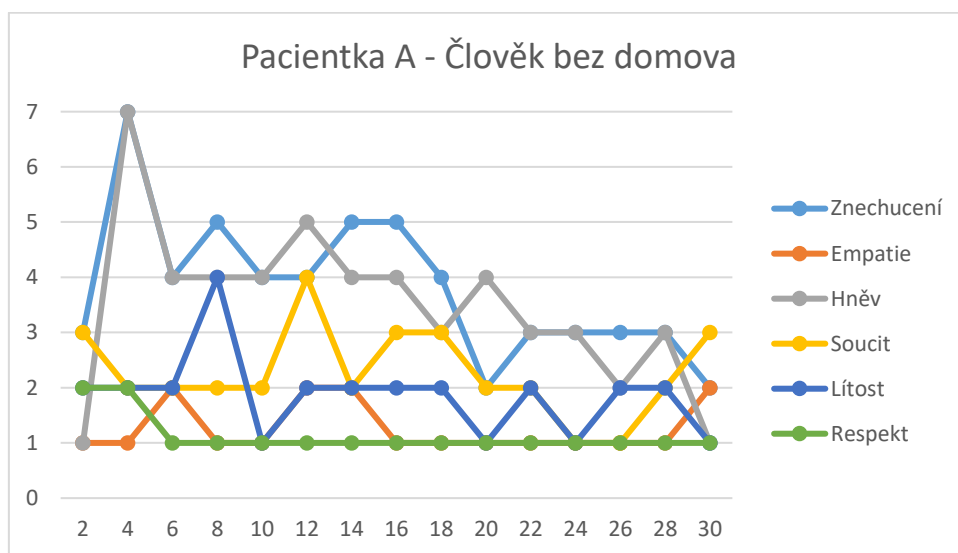
Na grafu si je možné povšimnout výrazných výkyvů v hodnocení soucitu k blízké osobě, který fluktoval mezi hodnotami 2–6. V těchto dnech však pacientka nezanechala žádný komentář. 28. a 30. den pacientka zaznamenala hněv k blízké osobě na vyšší hodnotě (4) než předchozí dny, což však nemělo výrazný vliv na emoce jiné, pouze 28. den současně klesla intenzita soucitu k blízké osobě, která 30. den opět narostla a zároveň tento den pacientka zaznamenala i zvýšenou lítost.



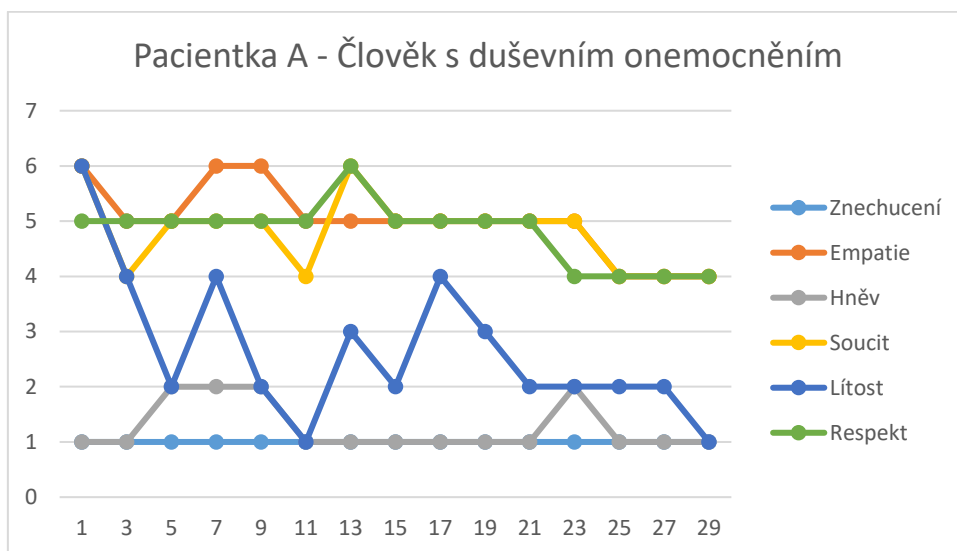
Z grafu, na kterém jsou zobrazeny pociťované emoce k neznámému člověku, jsou zřejmé dva výrazné výkyvy v hodnocení hněvu, které jsou ve 3. a 13. dni na hodnotě 6. Společně s rostoucí intenzitou hněvu narostla i intenzita znechucení k neznámému člověku, která byla 3. den na hodnotě 6 a 13. den na hodnotě 4. Třetí den pacientka přidala komentář: „*Neznámý mladý člověk nechtěl dnes pustit sednout starší pár, to mě dost naštválo a znechutilo.*“ 13. den pacientka komentovala slovy: „*Neznámý člověk mě dnes v tramvaji naštvál tím, jak nahlas telefonoval, jako kdyby mu celá tramvaj patřila.*“ Z grafu je také možné usoudit, že pacientka nepociťovala k neznámému člověku žádné emoce a výkyvy v emocích byly ovlivněny kontextem, ve kterém se pacientka nacházela.



Emoce pociťované k Romovi se během 30 dní lehce proměňovaly. 1. den pacientka zaznamenala vyšší hodnotu lítosti a soucitu, než je tomu v následujících dnech. 1. den je zároveň hněv k Romovi na hodnotě 1 (vůbec ne), kdežto během těchto 30 dní se objevily určité výkyvy a pacientka několikrát zaznamenala hněv na hodnotě 4. Od devátého do třináctého dne pacientka k Romovi souběžně s hněvem pociťovala i znechucení. Na grafu lze také vidět, že pacientka k Romovi od 15. dne nepociťovala žádný respekt, empatii, soucit ani lítost a dané emoce jsou až do ukončení sběru dat na hodnotě 1. Je možné se domnívat, že k typickému zástupci romské populace pacientka zaujímá neutrální až lehce negativní emocionální postoj.



Na grafu pro k člověka bez domova jsou viditelné velmi výrazné emoční výkyvy zejména v hodnocení intenzity hněvu a znechucení. 4. den, kdy byla intenzita hněvu a znechucení na nejvyšší hodnotě (7), pacientka uvedla: „Dnes mě ovlivnil smrad v tramvaji plné moči od bezdomovce. Hnus.“ Během následujících dní se intenzita hněvu a znechucení postupně snižovala a poslední den byl hněv na hodnotě 1 a znechucení na hodnotě 2. Pacientka nepociťovala k člověku bez domova respekt ani empatii, zároveň soucit lehce fluktoval mezi hodnotami 1–4. Data je možné shrnout tak, že pacientka k člověku bez domova zaujímá spíše negativní emocionální postoj, zároveň jsou postoje do jisté míry ovlivněny událostmi.



V grafu zachycujícím pocíťované emoce k člověku s duševním onemocněním je patrné kolísání u lítosti, která se pohybovala na hodnotách od 1 do 6. Tyto výkyvy mohly souviset se skutečností, že pacientka pracuje jako peer konzultantka právě s lidmi s duševním onemocněním a sama ví, jaké je to duševním onemocněním procházet. Ostatní hodnocené emoce byly konstantní a proměňovaly se minimálně. Celkově lze usuzovat na velmi pozitivní emocionální postoj k lidem s duševním onemocněním.

## 9.2 Pacientka B

### Anamnestický rozhovor

Pacientce je 46 let, je vdaná, má středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje jako asistentka u městského soudu a žije ve společné domácnosti s manželem, synem (10 let) a dcerou (19 let).

Rodiče pacientky spolu žijí v manželském svazku, oba mají vysokoškolské vzdělání a jsou v důchodu. Pacientka má bratra ve věku 57 let, se kterým je v kontaktu málokdy – vztahy mezi sourozenci jsou chladné. V rodině nejsou žádná fyzická ani psychická onemocnění, pouze bratrovi bylo v minulosti diagnostikováno ADHD, dnes se již dle slov pacientky „srovnal“ a podniká jako truhlář. Pacientka popisovala, že v dětství jí bylo rodiči vše zakazováno. Rodiče se jí věnovali přehnaně, což však dává do souvislosti s jejich nefunkčním manželstvím. Pacientka si také vzpomíná, že ji rodiče v dětství velmi kritizovali a nikdy se jí od nich nedostávalo pochvaly.

Pacientka popisovala, že se často přejídá, v minulosti se dvakrát pořezala, aktuálně to již nedělá. V 10 letech často mívala migrény, se kterými se potýkal i její otec. Ve 20 letech podstoupila operaci slepého střeva, což bylo dle jejích slov zbytečné, protože bolesti byly psychosomatické. Před osmi lety byla manželem donucena jít na potrat. Hospitalizovaná byla dohromady třikrát, poprvé ve svých 42 letech.

Ve škole se pacientce moc nedařilo. Měla potíže vyrovnávat se se stresem, což způsobovalo zapomínání učiva, a tedy špatné známky ve škole. Na střední škole byla šikanována svými spolužáky. Doma měla problém soustředit se na učení, trpěla migrénami a v noci měla problémy se spánkem. Odmaturovat se pacientce podařilo na třetí pokus.

Pacientka pracuje jako asistentka u městského soudu na personálním oddělení tři dny v týdnu. Předtím pracovala 11 let jako asistentka pedagoga na základní škole. Práce pacientku moc nebaví, protože je na oddělení málo práce a pravidelně zažívá pocity nudy. Velmi ji mrzí, že na pracovišti nemá žádné přátelské vztahy s kolegy, nikdo si jí dle jejích slov nevšímá.

Psychologa pacientka poprvé navštívila ve svých 18 letech. Hraniční porucha osobnosti byla pacientce diagnostikována teprve před 4 lety. Již na střední škole velmi často brečela, prožívala pocity prázdnoty a nízkého sebevědomí.

Co se týče projevů hraniční poruchy osobnosti, pacientka popisuje silnou nervozitu, která ji provází již od dětství, panické ataky, bolesti hlavy, pravidelné přejídání se, kdy sní přemíru sladkého jídla. Také běžně zažívá pocity vlastní nedostatečnosti, nízkého sebevědomí a prázdnoty. Jsou dny, kdy pacientka uvažuje o sebevraždě, má strach ze samoty a opuštění a špatně se jí spí. Kromě toho také popisuje fyzické projevy, které se u ní v souvislosti s psychickými potížemi objevují – kouše si nehty, strhává si strupy a rve si vlasy.

Ke zmírnění potíží přispělo tříměsíční docházení do terapeutické komunity pro poruchy osobnosti Kaleidoskop, dále pravidelné návštěvy psychologa a psychiatra. Pacientka se snaží trávit hodně času v přírodě, začala se učit anglicky, pomáhá starým rodičům, stará se o syna, praktikuje mindfulness a jednou týdně dochází na setkání peerů v Kaleidoskopu. Občas si píše deník a jednou týdně se účastní dialekticko-behaviorální terapie. I přes tyto kroky, které podnikla ke zmírnění svých potíží, pacientka konstatuje, že se stále cítí nešťastná a sama.



## **Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1)**

### *Shrnutí hodnocení*

<b>Self škála</b> <i>(Identita, Sebeřízení)</i>	<b>1</b>
<b>Interpersonální škála</b> <i>(Empatie, Intimita)</i>	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>

### **1. Identita**

#### **1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními**

Pacientka sama sebe charakterizuje jako aktivní, přemýšlivou, pomáhající, vznětlivou a nerozhodnou osobu. Její představa o sobě je proměnlivá, avšak je si jistá svými nejdůležitějšími rolemi, které v životě zastává – je matkou a dcerou. Role matky také definuje její spokojenost v životě. Naproti tomu zastávat roli manželky a kamarádky se jí nedaří. Pacientka se nechává občas ovlivňovat i lidmi, které nemá ráda, a má tendenci se srovnávat s ostatními, což v ní následně vzbuzuje negativní pocity k sobě samé. Stává se, že si myslí, že jsou druzí proti ní a prožívá pocity ohrožení či prázdnoty.

**Hodnocení 1** (*Relativně neporušený smysl vnímání sebe sama, snížení jasnosti hranic při silné emoční a duševní úzkosti.*): Ačkoli má pacientka poměrně jasnou představu o tom, jaký člověk je, stává se, že se srovnává s ostatními, nebo si myslí, že jsou druzí proti ní, což má za následek prožívání úzkosti. Informace tedy odpovídají kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení**

Pacientka není sama se sebou spokojena. Přála by si mít lepší práci, poněvadž se na své pracovní pozici cítí jako „poskok“. Nedaří se jí být v roli manželky, protože k manželovi pociťuje odpor, který si sama nedokáže vysvětlit. Svoji nespokojenost dává také do souvislosti s postavou, která by dle slov pacientky měla být štíhlejší. Představy o sobě samé

u pacientky kolísají během celého dne a většinou se cítí nejhůře v práci. Pacientka je velmi citlivá na kritiku ze strany druhých lidí, o které později velmi přemýšlí. Zároveň si je vědoma toho, že se na sebe dívá příliš negativně, což jí potvrzují i její blízcí.

**Hodnocení 2** (*Zranitelná sebeúcta, obavy z vnějšího hodnocení, touha zavděčit se. Pocity neúplnosti, méněcennosti – kompenzace zvětčeným nebo sníženým sebehodnocením.*): Oblast sebeúcty je u pacientky na 2. úrovni narušení funkčních schopností osobnosti, poněvadž pacientka nemá dostatečně stabilní sebeúctu, což souvisí zejména s přecitlivělostí na kritiku ze strany druhých lidí, nespokojeností s vlastní postavou, rolí manželky a prací, ve které se necítí dobře.

### **1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků**

Mezi emoce, které pacientka často zažívá, řadí vztek, strach, beznaděj, bezmoc, netrpělivost a smutek. Pacientka nehovořila o žádných prožívaných pozitivních emocích a sama konstatovala, že je vnitřně nastavena spíše negativně. Prožívané emoce však mají ve většině případů jasný důvod. Pokud je vůči pacientce někdo kritický, tak prožívá pocit nespravedlnosti, avšak konstruktivní kritiku je schopna přijímat. Pacientka nejčastěji zažívá vnitřní vztek, který v sobě potlačuje, což se ovšem odráží na jejím duševním stavu a končí následnými psychosomatickými problémy.

**Hodnocení 2** (*Regulace emocí závislá na vnějším hodnocení. Ohrožení sebeúcty vyvolává zlost či stud.*): V této oblasti pacientka hovořila pouze o prožívání negativních emocí, které souvisejí s jejím vnitřním nastavením. Dojde-li k ohrožení sebeúcty pacientka není schopna regulovat vztek, poněvadž má tendenci ho v sobě potlačovat, což ji následně způsobuje zdravotní problémy. Z toho důvodu je možné konstatovat, že pacientka zde odpovídá kritériu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2. Sebeřízení**

### **2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle**

Pacientka si pro sebe stanovila následující cíle – změnit práci, zlepšit manželství a vycvičit psa. Je schopna si pro sebe stanovovat cíle, které dávají jejímu životu směr. Pokud se jí nedaří něčeho dosáhnout, je schopna podle toho své cíle upravit. Stanovené cíle jsou

pacientkou vnímány jako autentické a nemá sklon své cíle přizpůsobovat tomu, co by od ní mohli ostatní očekávat. Jediné, co je pro ni v této oblasti zásadní, je to, aby nebyla odsuzována svými dětmi. Pacientka nemá tendenci stanovovat si pro sebe nerealistické cíle, ale zakládá je na reálném posouzení vlastních schopností.

**Hodnocení 0** (*Stanovuje si cíle založené na reálném posouzení vlastních schopností a dosahuje jich.*): Vzhledem k tomu, že je pacientka schopna stanovovat si pro sebe autentické a realistické cíle, případně své cíle podle situace upravit, je tak možné konstatovat absenci narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování**

Co se týče zásad, pro pacientku je důležité slušně se chovat i oblékat, potlačovat v sobě své agresivní impulzy, chovat respekt ke svým rodičům, ačkoli s nimi má špatný vztah, a být za všech okolností upřímná. Pacientka je ve většině případů úspěšná v dodržování zásad, které si pro sebe stanovila, ovšem občas se stane, že svůj vnitřní vztek v sobě neudrží a někomu sprostě vynadá. Je přesvědčena, že má ve svém životě na víc. Je však zklamaná z toho, že to druzí nevidí.

**Hodnocení 1** (*Nereálné nebo společensky nepřiměřené vnitřní standardy, které omezují některé aspekty jejího osobního naplnění.*): Pacientka je schopna stanovovat si pro sebe zásady, které je schopna dodržovat. I v této oblasti pacientka hovořila o potlačování svého vnitřního vzteku vůči druhým lidem, kvůli kterým má nižší sebehodnocení. Tento vnitřní standard zároveň omezuje její osobní naplnění, protože v důsledku toho trpí psychosomatickými problémy. Z toho důvodu je daná oblast nejbližší kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.3 Schopnost produktivní sebereflexe**

Pacientka se učí porozumět tomu, co se v ní děje. V porozumění vlastním myšlenkám a emocím jí pomáhá docházení na terapii. V situacích, kdy prožívá vztek, si uvědomuje důvod jeho vzniku. Nerozumí však tomu, kde se vzal její odpor ke svému manželovi, a netuší, co s tím má dělat. Svým pocitům obvykle rozumí dobře, kdežto ve svých

myšlenkách se nevyzná. Když se pacientka snaží sama sobě porozumět, prvně důvěřuje své intuici a až poté analyzuje.

**Hodnocení 2** (*Má narušenou schopnost uvědomovat si své vnitřní prožitky.*): Informace získané od pacientky nejvíce odpovídají popisu 2. úrovně narušení funkčních schopností osobnosti, poněvadž většinou není schopna reflektovat svou vnitřní zkušenost. Ačkoli má pacientka tendenci spoléhat se prvně na svou intuici, je u ní stále přítomna rovnováha mezi kognitivním chápáním a intuitivním pocitem.

### 3. Empatie

#### 3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění

Schopnost porozumět tomu, co si druzí myslí a co cítí, je narušena, nejedná-li se o lidi, na kterých pacientce záleží. Cizí lidi má sklon soudit na základě prvního dojmu. Často se domnívá, že jí druzí odsuzují z důvodu jejich nadbytečných kil. Pacientka má sama tendenci u druhých kila navíc kritizovat, protože je sama se svou postavou nespokojena. Ke svým dětem je dostatečně empatická, kdežto u svého manžela má tendenci hledat zranitelná místa. Pacientka si také domýšlí, co si ostatní myslí a co cítí. Sama si je však vědoma, že to není správné.

**Hodnocení 2** (*Zvýšeně vnímavá k prožitkům druhých, ale pouze pokud si uvědomuje jejich význam vzhledem k sobě.*): Pacientka není schopna dobře porozumět prožitkům druhých lidí, pokud nepatří mezi její blízké. Má tendenci být vztahovačná a předpokládat, že o ni druzí příliš nestojí. To se nejvíce přibližuje popisu kritéria 2. úrovně narušení funkčních schopností osobnosti.

#### 3.2 Tolerance různých perspektiv

Pacientka je většinou schopna přijímat názory ostatních, i když se liší od těch jejích. Oceňuje, když je druhý ochotný o svém názoru diskutovat, je pro ni podstatné logické vysvětlení, jak druhý ke svému názoru došel. Někdy v takových situacích pacientka prožívá lítost, poněvadž není schopna druhého přesvědčit o své pravdě. Dojde-li k neshodě v názorech, osobně se jí to dotýká.

**Hodnocení 1** (*Ačkoli je schopna zvažovat a chápat rozdílné názory, brání se tomu.*): Získané informace odpovídají kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti, z toho důvodu, že ačkoli je pacientka schopná přijímat odlišné názory, prožívá v takových situacích negativní pocity.

### **3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé**

Vliv vlastního chování na druhé si pacientka dobře uvědomuje. Dokáže si předem vyvodit důsledky svého chování, a to i v případech, kdy jde o její chování k manželovi. Je velmi upřímná, nevydrží se nevyjádřit, a pokud něco potřebuje říct, ve většině případů toho poté nelituje.

**Hodnocení 0** (*Uvědomuje si vliv svého chování na druhé*): Jelikož si pacientka vliv svého chování plně uvědomuje, nenachází se v této oblasti žádné narušení funkčních schopností osobnosti.

## **4. Intimita**

### **4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními**

Pravidelný kontakt má pacientka s manželem, dětmi, kolegy v práci a dalšími pacienty s poruchou osobnosti. S kontakty, které má, není moc spokojena, zejména hovoří o svém špatném vztahu s manželem, a často si připadá sama. S dětmi má pacientka velmi blízký a láskyplný vztah. Pracovní vztahy jsou spíše povrchní a opatrné. Ve svých vztazích s výjimkou dětí občas prožívá pocity křivdy a nespravedlnosti. Od lidí si pacientka odstup nedrží, naopak hovoří o potřebě kontaktu s ostatními.

**Hodnocení 1** (*Je schopna navázat trvalé vztahy v osobním a společenském životě, ale hloubka vztahů a spokojenost ve vztazích je omezená.*): U pacientky se vyskytuje touha vytvářet společenské vztahy, avšak blízký vztah je aktuálně schopna mít pouze se svými dětmi. Vztahy je však pacientka schopna navazovat, problém nachází právě v hloubce a ve spokojenosti v těchto vztazích, proto daná oblast odpovídá kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## 4.2 Schopnost blízkosti a touha po ní

Pro pacientku je přátelství s druhými lidmi v životě velmi důležité. Pacientka vyjádřila svoji touhu po utváření opravdových přátelství, avšak se druhým nerada „vnucuje“. Její přátelé mají většinou vlastní program a tráví s ní velmi málo společného času. Přátelství nevnímá jako rovnocenné, ona sama do vztahů investuje mnohem více. Pokud naváže blízký vztah, je schopna být ve vztahu otevřená a zůstat sama sebou. Problémem je právě schopnost takové opravdové přátelství navázat, protože má pocit, že o ni druzí lidé příliš nestojí.

**Hodnocení 1** (*Utváří a touží po intimních a vzájemných vztazích, ale může být nesmělá, nebo se cítí rozpačitě při prožívání silných emocí nebo konfliktů.*): U pacientky je přítomna touha po intimních a vzájemných vztazích, problém sama nachází ve schopnosti takové přátelství navázat, poněvadž se domnívá, že o ni druzí nestojí, což odpovídá právě kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## 4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování

Pacientce se daří spolupracovat s ostatními na společném úkolu za předpokladu, že jde všem o stejnou věc. Přednost dává společné práci s ostatními před samostatnou prací, neumí si představit pracovat sama a v kolektivu se umí dobře prosadit. Během společné práce dokáže přijímat návrhy ostatních za předpokladu, že si druhý zvládne svůj návrh obhájit. Přestože je schopna ústupků, svůj původní názor většinou příliš nezmění.

**Hodnocení 0** (*Usiluje o spolupráci a vzájemný prospěch a přiměřeně reaguje na názory, emoce a chování druhých.*): V této oblasti se neobjevuje žádné narušení funkčních schopností osobnosti, jelikož je schopna konstruktivní spolupráce a dokáže pružně zvládat podněty od ostatních, ačkoli její původní názor mnohdy zůstává neměnný.

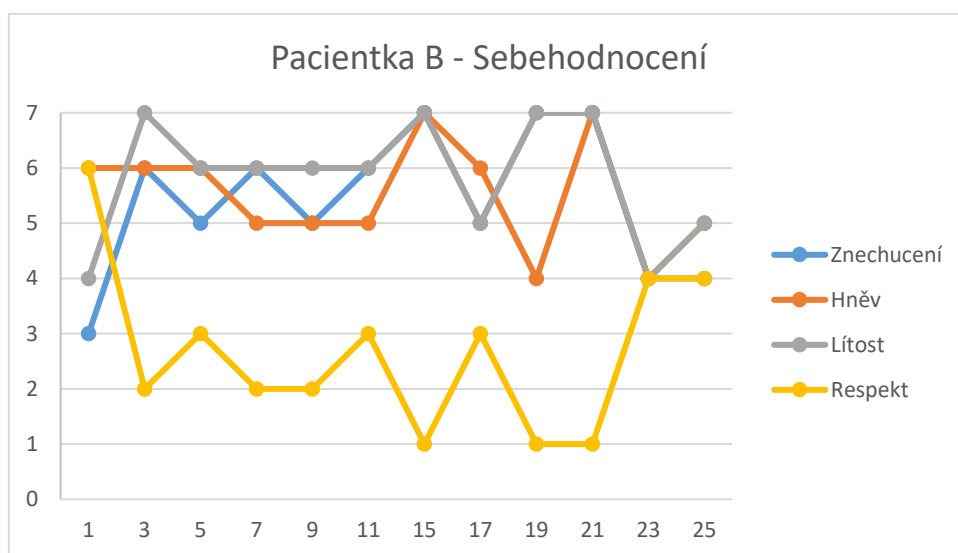
## Celkové shrnutí osobnostního fungování

Celkové osobnostní fungování pacientky není nijak významně narušeno v osobní ani interpersonální oblasti. Problém se nachází zejména v jejím negativním emočním nastavení, vztahovačnosti, neschopnosti uvědomovat si své vnitřní zážitky a nízkém sebehodnocení, kdy je pacientka zároveň velmi citlivá na kritiku ze strany druhých lidí. S problémem

s vlastním sebehodnocením se pojí i omezená schopnost navazovat pozitivní a rovnocenné vztahy s druhými lidmi, poněvadž předpokládá, že o ni druzí lidé příliš nestojí.

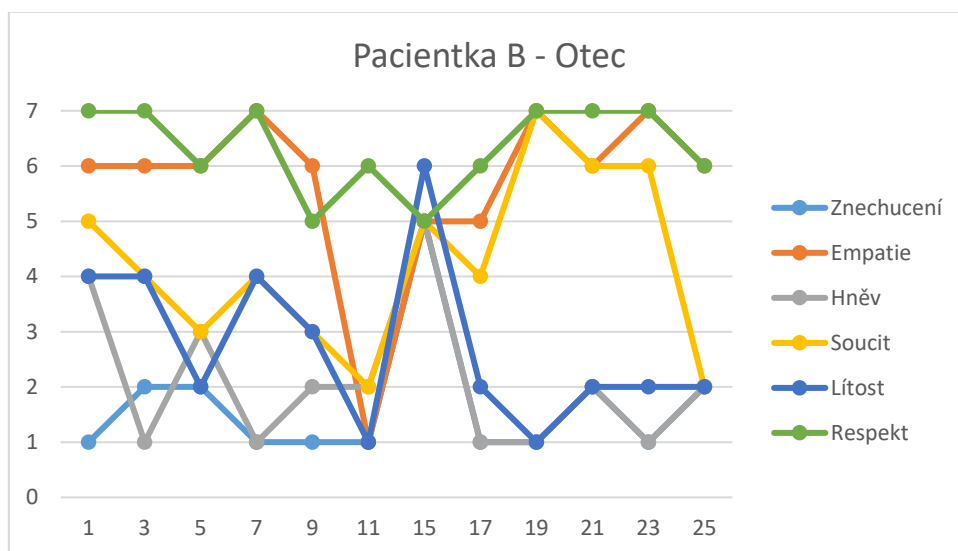
### Hodnocení emocí k představitelům jinakosti (ESM)

Do případové studie pro pacientku B nebyli zařazeni následující představitelé jinakosti: neznámý člověk, turista, cizinec, člověk s duševním onemocněním, Vietnamec a člověk se zdravotním postižením, poněvadž se v průběhu 30 dní u pacientky oproti jiným hodnoceným představitelům jinakosti emoce výrazně neproměňovaly a pacientka k nim zaujímá spíše nevyhraněný postoj, jelikož zaznamenává intenzitu všech emocí k těmto představitelům na středních hodnotách.



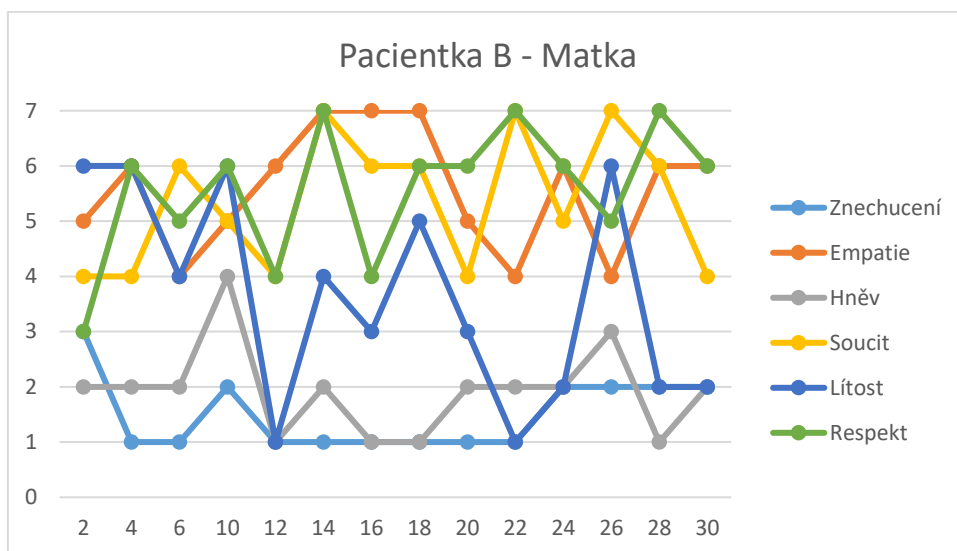
1. den pacientka komentovala slovy: „Jsem na kurzu canisterapie a to mě baví.“ V tento den zaznamenala respekt na hodnotě 6, zároveň byla i intenzita lítosti a znechucení na nejnižších hodnotách z celého měsíce. Ovšem hněv byl v tento den také na hodnotě 6, což pravděpodobně mohlo souviset s tím, že prožívání vnitřního hněvu je součástí života pacientky, jak sama pověděla v rozhovoru. 3. den byla lítost zaznamenána na nejvyšší hodnotě (7), znechucení vzrostlo na hodnotu 6 a respekt k sobě klesl až na hodnotu 2. Tento den pacientka doplnila komentářem: „Unavená z víkendové přednášky o paliativní péči a z hádky doma.“ K 9. dni poznamenala: „Domácí krize trvá, obava z nové práce trvá, střední terapie daleko.“ V 15. dni pacientka zaznamenala hněv, znechucení i lítost na nejvyšší hodnotě (7) a respekt na nejnižší hodnotě (1), což je stejné jako v 19. dni. Co

způsobilo daná hodnocení, pacientka bohužel od 13. dne nekomentovala. Během všech hodnocených dní je možné vidět, že pacientka po většinu dní zaznamenávala znechucení, hněv i lítost k sobě samé na vysokých hodnotách, kdežto respekt k sobě se pohyboval na hodnotách nízkých, což může být projevem její nespokojenosti v životě či poruchy osobnosti.

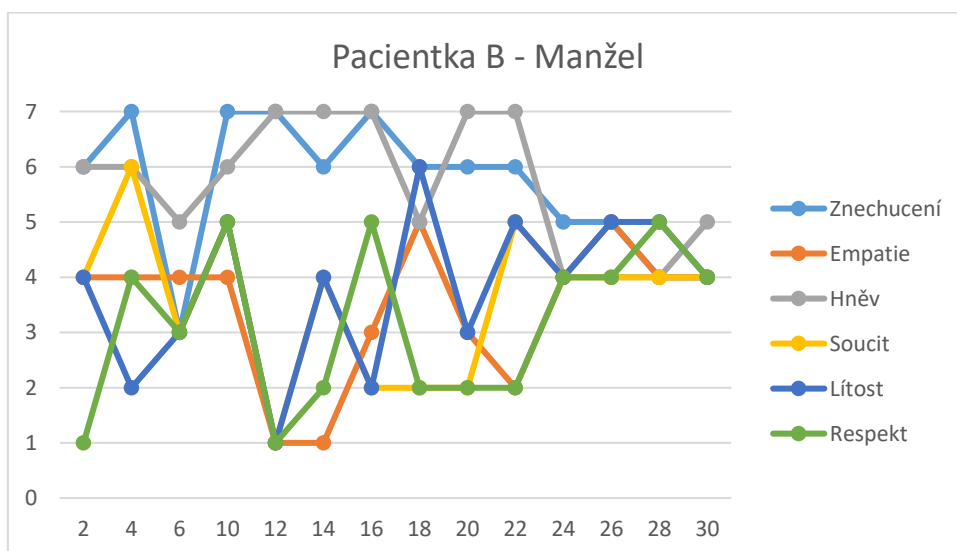


Z grafu pro otce je patrná velká proměnlivost emocí. Po celou dobu hodnocených dní však pacientka cítila k otci velký respekt i empatii, a naopak k němu nepociťovala žádné znechucení. 11. den však empatie klesla na nejnižší hodnotu, respekt však zůstal stále na hodnotě 6. V tento den pacientka nepociťovala kromě empatie ani hněv či soucit, což bylo pravděpodobně ovlivněné její špatnou náladou, neboť tento den komentovala pouze slovy: „*Je to na píču.*“ Druhý výkyv se objevuje v 15. dni, lítost vzrostla až na hodnotu 6 a hněv na hodnotu 5, což mohlo souviset s hádkou s otcem, pacientka však již nepřidala žádný komentář. Oproti tomu 19. den jsou emoce empatie, respekt a soucit na nejvyšší hodnotě (7) a hněv, znechucení a lítost na hodnotě 1.

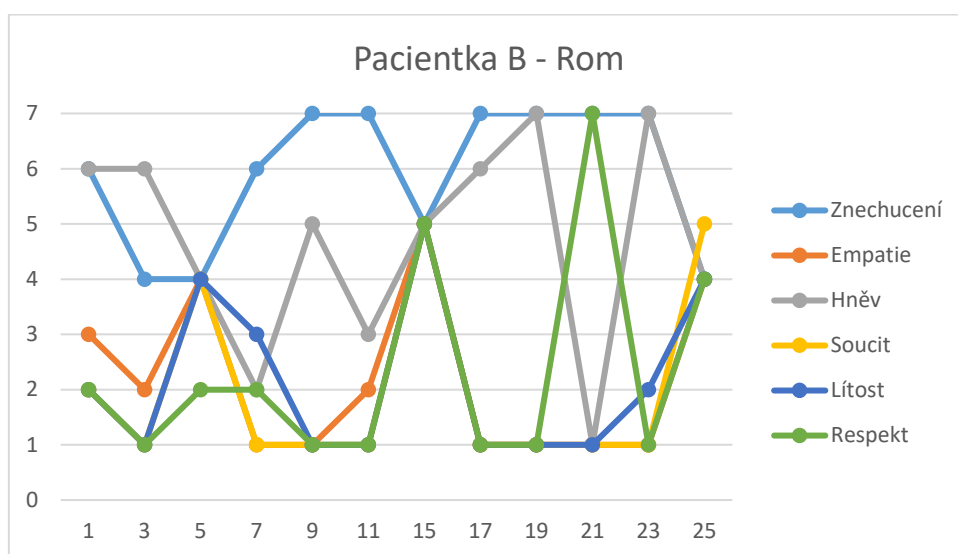




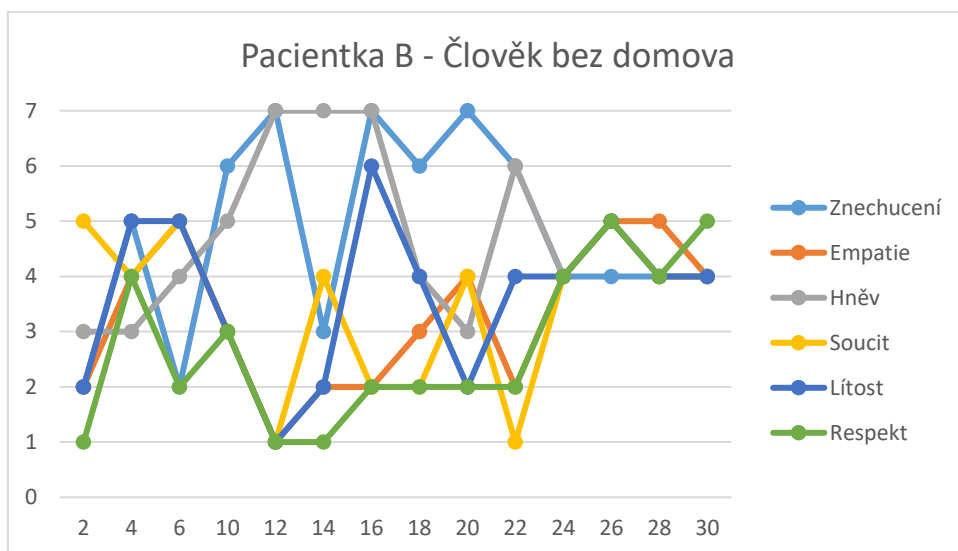
Na grafu pro matku je nejvíce znatelná proměnlivost emoce lítosti, která během 30 dní fluktovala mezi hodnotami 1 až 6. Co ovlivnilo dané výkyvy, pacientka neudává. Podobně jako u otce se respekt k matce pohyboval na vyšších hodnotách, zde však více než u otce kolísala. Hned 2. den byl však respekt k matce zaznamenán pouze na hodnotě 3, v tento den rostla i intenzita znechucení na hodnotu 3, která byla po další dny pouze na hodnotách 1 až 2. Tento den pacientka přidala komentář: „*Unavená z hádky doma.*“ Pacientka zaznamenávala soucit k matce na hodnotách 4 až 7, kdežto u otce intenzita soucitu velmi znatelně kolísala. Hněv pacientka k matce nepociťovala, pouze 10. den byl na hodnotě 4, kde však stále nelze hovořit o vysoké intenzitě. Daný den pacientka doplnila komentářem: „*Únava, bolest hlavy.*“



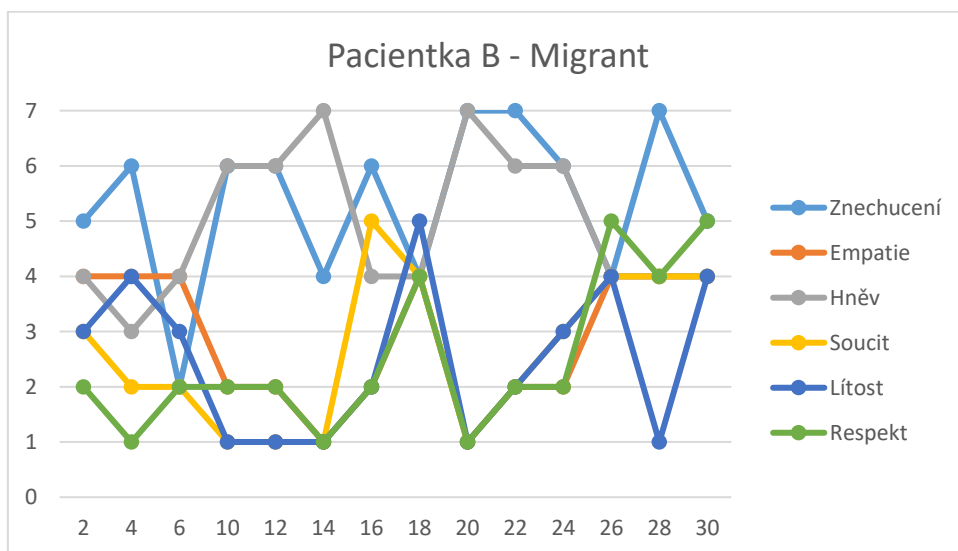
Co se týče manžela, je zde možné vidět, že k němu pacientka nejsilněji prožívala hněv a znechucení, o čemž vypovídala i v rozhovoru. Tyto dvě emoce jsou na rozdíl od ostatních nejméně proměnlivé a udržují se na vyšších hodnotách. Pouze 6. den klesla intenzita znechucení z nejvyšší hodnoty (7) na hodnotu 3. V tento den přidala komentář: „Únava ze změny zaměstnání.“ 12. den pacientka zaznamenala empatii, respekt, lítost i soucit pouze na hodnotě 1, kdežto hněv a znechucení na hodnotě 7. Pravděpodobně zažívala v tento den velký konflikt se svým manželem, ačkoli k danému dni nepřidala žádný komentář. Celkově lze usuzovat na velmi problematický vztah s partnerem.



Z grafu je zřejmé, že pacientka většinou k Romovi pociťovala velké znechucení. 9. den pacientka zaznamenala znechucení na hodnotě 7 a hněv na hodnotě 5. Ke svému hodnocení také přidala komentář: „Dnes ráno jsem viděla v metru cikánku, mladou, špinavou. Snažila se vyklepávat popel z cigaret. Přemýšlela jsem, z jaké akce jede. Vzbuzovala ve mně odpor.“ 15. den vzrostl respekt, empatie i soucit k Romovi na hodnotu 5, současně však hodnotu 5 přiřadila i znechucení a hněvu. 21. den byl respekt dokonce na hodnotě 7, současně klesl hněv z hodnoty 7 až na hodnotu 1, znechucení však bylo i v tento den na nejvyšší hodnotě (7). Během hodnocených dní nejvýrazněji fluktoval hněv, a to na celé škále od 1 do 7. Pacientka však dané výkyvy hněvu nekomentovala. Empatie, soucit i lítost jsou až na pár výkyvů hodnoceny nejnižšími hodnotami, což znamená, že pacientka většinou tyto emoce k Romovi nepociťuje. Je tedy možné usuzovat na negativní postoj k Romovi.



V hodnocení pociťovaných emocí k člověku bez domova je patrná výrazná fluktuace všech hodnocených emocí. 4. den přidala pacientka komentář: „*Smradlavý bezdomovec v metru.*“ Zajímavé je, že i přes svůj komentář intenzita znechucení či hněvu nedosahovala oproti následujícím dnům tak vysokých hodnot. Je patrné, že postoj k člověku bez domova je velmi proměnlivý a lze těžko usuzovat, zda byly dané výkyvy ovlivněny vnějšími okolnostmi či byly důsledkem proměnlivosti emocí samých, což je typické pro hraniční poruchu osobnosti.



Zde si lze také povšimnout proměnlivosti emocí během 30 dní. Po většinu dní pacientka zaznamenávala k migrantovi vysokou intenzitu znechucení, která byla pouze 6. den na hodnotě 2, kdy pacientka byla unavená ze změny zaměstnání. Také respekt byl po většinu dní na nízkých hodnotách, avšak 26. a 30. den dosahoval hodnoty 5. Soucit i lítost kolísaly

na hodnotách 1 až 5. Co mohlo ovlivnit hodnocení migranta, pacientka neudává, v komentářích je více zaměřena na to, jak se prožívá v daný den sama.

### **9.3 Pacientka C**

#### **Anamnestický rozhovor**

Pacientce je 22 let, je svobodná, má středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje jako vychovatelka ve družině a žije ve společné domácnosti s kamarádkou.

Rodiče pacientky jsou v manželském svazku a žijí ve společné domácnosti, matka má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, otec je vyučen. Otec se potýkal s problémy s alkoholem, v minulosti byl vlastníkem průkazu o neschopnosti k vojenské činné službě z důvodu psychických problémů. Matka se dříve pravidelně sebepoškozovala a babička z otcovy strany se minulý rok pokusila o sebevraždu. V rodině se nenacházejí žádná tělesná onemocnění. Pacientka má sestru a bratra – dvojčata ve věku 19 let, se kterými má dobrý vztah. Výchovu rodičů popisuje pacientka jako liberální, rodiče jí dávali dostatek prostoru pro samostatnost a nic jí nezakazovali.

Hraniční porucha osobnosti byla pacientce diagnostikována v dubnu roku 2019, tedy ve věku 20 let. Pacientka má sklony zejména k sebepoškozování, nikdy však nebyla hospitalizována. V minulosti se léčila s mononukleózou.

Ve škole byla pacientka úspěšná, co se týče prospěchu. Během vyučování byla soustředěná, domů nosila dobré známky a nestávalo se, že by nebyla schopna pochopit učivo. Učitele měla vždy raději než své spolužáky. Na základní škole byla v kolektivu oblíbená, kdežto na střední škole moc kamarádů neměla. Nikdy se však nesetkala se šikanou.

Pacientka aktuálně pracuje jako vychovatelka v družině. Práce ji moc nebaví, ale děti má ráda. Inklinuje spíše ke starším dětem. Vztahy s kolegy jsou poměrně dobré, s nadřízenými je vztah formální, pacientce nevyhovuje zejména způsob vedení školy.

Počátky psychických problémů dává pacientka do souvislosti s obdobím dětství, kdy její otec hodně pil, v rodině v té době panovala nepříjemná atmosféra a mezi rodiči byly velké konflikty. První projevy hraniční poruchy osobnosti se objevily v době, kdy se s pacientkou ve 13 letech rozešel její první přítel. To mělo za následek začátky pravidelného

sebepoškozování, proměnlivost nálad a značnou přecitlivělost. Později začala mít sklon k závislostem a promiskuitě.

Pacientce ke zmírnění psychických potíží pomáhají zejména antidepresiva a docházení na terapii. Zásadním krokem pro ni bylo také odstěhování se od rodičů a osamostatnění se. V životě je pro ni důležité dělat věci tak, jak sama uzná za nejlepší, a nebýt soustavně pod nějakým tlakem.

### **Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1)**

#### *Shrnutí hodnocení*

<b>Self škála</b> <i>(Identita, Sebeřízení)</i>	<b>2</b>
<b>Interpersonální škála</b> <i>(Empatie, Intimita)</i>	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>

#### **1. Identita**

##### **1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními**

Pacientka by sama sebe charakterizovala jako milou, chytrou, vstřícnou, přátelskou, občas přehnaně sebevědomou, urážlivou a závistivou. Občas zažívá pocity nejistoty, není si jistá tím, kdo je. Na jednu stranu je konzervativní a uzavřená, má starost převážně o sebe, na stranu druhou by ráda pomáhala ostatním. Je pro ni podstatné, aby druhým lidem její chování vyhovovalo, proto má tendenci se přizpůsobovat okolí a nebýt sama sebou. Ačkoli ráda o věcech přemýšlí a argumentuje, své názory často přizpůsobuje svému okolí, protože je pro ni důležité se druhým zalíbit. Pokud se však cítí ohrožená, má větší tendenci být sama sebou.

**Hodnocení 2** (*Identita závislá na druhých, částečně narušené vymezení hranic.*): Ačkoli je pacientka schopna charakterizovat svoji osobnost, je u ní znatelné narušení vymezených hranic mezi sebou a druhými lidmi, kterým se nadmíru přizpůsobuje. Z toho důvodu zde pacientka odpovídala kritériu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností.

## 1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení

Spokojenost pacientky je založena zejména na skutečnosti, jak je vnímána svým okolím. Pacientka hovořila o tom, že je sama se sebou spokojená do chvíle, než někdo řekne něco proti ní. Je pro ni těžké unést kritiku, přeje si, aby si o ní druzí mysleli, že je hezká a chytrá. Pocity o sobě samé u pacientky velmi kolísají a jsou ovlivňovány odezvami okolí. Dle slov pacientky se vnímá buď jako „královna světa“, nebo sama sebe nenávidí. Pacientka je spokojena s tím, že dokáže udržovat vztahy s lidmi, sportuje a věnuje se fotografování. Naproti tomu není spokojena se svou váhou, výškou, vlasy a leností.

**Hodnocení 2** (*Zranitelná sebeúcta, obavy z vnějšího hodnocení, touha zavděčit se. Pocity neúplnosti, méněcennosti – kompenzace zveličeným nebo sniženým sebehodnocením.*): Informace získané od pacientky zcela odpovídají popisu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností, protože pacientka má obavy z vnějšího hodnocení, a touží po tom, aby ji druzí obdivovali. Sebehodnocení kolísá mezi dvěma extrémy, kdy je buď velmi vysoké, či naopak velmi nízké.

## 1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků

Mezi emoce, které pacientka často prožívá, řadí radost, smutek, vztek, strach a pocity prázdnoty. Tyto emoce prožívá velmi intenzivně a většinou mají jasný důvod. Pokud jsou druzí k pacientce kritičtí, je naštvaná, má potřebu se bránit nebo se uzavře sama do sebe. Je pro ni snadné začít druhou osobu za kritiku nenávidět. Oproti tomu hrozné události ji většinou nechávají chladnou a lhostejnou. Většinou má problém udržet své emoce pod kontrolou, poněvadž je již od svého dětství velmi impulzivní.

**Hodnocení 2** (*Regulace emocí závislá na vnějším kladném hodnocení. Ohrožení sebeúcty vyvolává zlost či stud.*): Z informací je patrné, že schopnost regulovat řadu emočních zážitků je omezená, pokud jsou druzí vůči pacientce kritičtí. V takových situacích prožívá zlost či se naopak stahuje sama do sebe. Je tak splněno kritérium pro 2. úroveň narušení funkčních schopností, které odpovídá získaným informacím

## 2. Sebeřízení

### 2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle

Pacientka si pro sebe stanovila následující cíle – dodělat bakalářské studium a dostat se na studium navazující magisterské, v budoucnu učit na střední škole, najít si partnera a založit s ním rodinu. Cíle jsou založené na reálném posouzení vlastních schopností, na druhou stranu jsou stanovené cíle přizpůsobené očekávání druhých lidí. Své cíle je pacientka schopna naplňovat a nemá tendenci si pro sebe stanovovat nerealistické cíle. Všechny cíle, které si kdy pro sebe stanovila, se jí vždy podařily splnit.

**Hodnocení 0** (*Stanovuje si cíle založené na reálném posouzení vlastních schopností a dosahuje jich.*): Pacientka si pro sebe dokáže stanovit realistické cíle, kterých je schopna dosáhnout, ačkoli ne vždy jsou její cíle autentické. I přes tuto skutečnost s ohledem na popis ostatních kritérií, je zde možné konstatovat absenci narušení funkčních schopností osobnosti.

### 2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování

Co se týče vnitřních standardů chování, pacientka hovoří o tom, že by nikdy nic neukradla a nikdy by neublížila zvířeti. V dodržování stanovených zásad je pacientka úspěšná, dodala, že si nezakazuje nic, co by udělat chtěla, ale své zásady zcela dodržuje. Stává se, že má sklon toho od sebe očekávat příliš mnoho a přeceňovat se.

**Hodnocení 0** (*Využívá vhodných standardů chování k dosažení uspokojení v rozličných oblastech.*): Ačkoli má pacientka tendenci očekávat od sebe příliš mnoho, má jasné vnitřní normy a standardy, kterými se ve svém životě řídí. Z toho důvodu se v této oblasti u pacientky neobjevuje narušení funkčních schopností osobnosti.

### 2.3 Schopnost produktivní sebereflexe

Pacientka si není jistá tím, kdo je, co chce a proč cítí určité emoce. Má sklon o různých věcech přemýšlet velmi dopředu, a emoce, které v souvislosti s tím zažívá, bývají velmi intenzivní. Občas není schopna porozumět svému chování. Většinou jsou její myšlenky a emoce ovlivněny vnějšími okolnostmi, ale ne vždy tomu tak je, a v takových situacích ztrácí sama sebe. Ve snaze porozumět sama sobě, má tendenci spíše analyzovat a spoléhat se na rozum, je však schopna řídit se i svou intuicí.

**Hodnocení 2** (*Má narušenou schopnost uvědomovat si své vnitřní prožitky.*): Z informací je zřejmé, že pacientka má sníženou schopnost reflektovat své vlastní duševní procesy a je tak pro ni často těžké sama sobě porozumět, což odpovídá kritériu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### **3. Empatie**

#### **3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění**

Pacientka se vždy snaží porozumět tomu, co si druzí myslí a co cítí. Je velmi empatická, ráda s ostatními mluví a zajímá se o ně. Snaží se si nevytvářet domněnky ohledně myšlenek a pocitů druhých lidí, ale raději se jich napřímo zeptá. Občas nerozumí tomu, proč je někdo dlouhodobě smutný. U druhých lidí nehledá zranitelná místa, ale byla by schopna je najít, kdyby chtěl někdo ublížit jejím blízkým.

**Hodnocení 0** (*Dobře rozumí zkušenostem a motivacím druhých ve většině situací.*) Pacientka je schopna sledovat a chápat linii myšlení a emocionální svět druhého, proto se v dané oblasti nenachází narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **3.2 Tolerance různých perspektiv**

Přijímat názory ostatních se pacientce daří. Pokud má někdo odlišný názor, snaží se přijít na to, jak druhý ke svému názoru došel. Je pro ni však podstatný předmět komunikace, o kterém se mluví. Pokud je pro ni dané téma důležité, má tendenci druhého o svém názoru přesvědčovat. Pacientka dodává, že jsou určitá témata, na která je citlivá. V takovém případě by si neshody v názorech byla schopna vzít velmi osobně.

**Hodnocení 1** (*Ačkoli je schopná zvažovat a chápat rozdílné názory, brání se tomu.*): Pacientka je schopna respektovat rozdílné názory, avšak ne v každé situaci, a stává se, že si neshody v názorech bere více osobně či má potřebu druhého o svém názoru přesvědčovat. Informace tak odpovídají kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé**

Pacientka si často neuvědomuje, jaký vliv má její chování na druhé. Je velmi upřímná a stává se, že řekne něco, aniž by to dopředu promyslela. Zároveň později hodně přemýšlí o tom, jak něco, co řekla nebo udělala, přijal někdo jiný.



**Hodnocení 1** (*Často si neuvědomuje, jaký vliv má její chování na druhé.*): Z důvodu problému uvědomování si vlivu vlastního chování na druhé, avšak současného zájmu o dopady onoho chování, odpovídá pacientka kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **4. Intimita**

##### **4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními**

Pravidelný kontakt má pacientka se svými spolužáky, kolegy v práci, s kamarádkami a s rodinou. Je schopna vyjít téměř s každým, nedělá jí problém komunikovat s cizími lidmi. Se svými kontakty je pacientka poměrně spokojená, odstup od lidí si drží pouze z důvodu svých špatných nálad, kdy čas tráví raději sama. Pacientka má sklon rychle se na druhé upnout, což v ní zároveň vyvolává strach, že by jí mohlo být později ublíženo.

**Hodnocení 0** (*Udržuje více uspokojivých a dlouhodobých vztahů v osobním a společenském životě*): V této oblasti nebylo zaznamenáno žádné narušení funkčních schopností osobnosti, jelikož pacientka dokáže navazovat a udržovat blízké a pozitivní vztahy s ostatními.

##### **4.2 Schopnost a touha po blízkosti**

Mít důvěrné vztahy a přátelství je pro pacientku obzvláště důležité. Během navazování blízkých vztahů se zpočátku snaží druhému co nejvíce zalíbit a má proto tendenci se ve vztahu hodně přizpůsobovat. Vztahy nevnímá jako příliš rovnocenné, většinou do vztahu investuje více nebo naopak méně než druhý. V přátelských vztazích se cítí bezpečně a daří se jí takové vztahy udržet, kdežto v partnerských vztazích se potýká s problémy a často se obává rozpadu vztahu, když k druhému více přilne.

**Hodnocení 1** (*Utváří a touží po intimních a vzájemných vztazích, ale může být nesmělá, nebo se cítí rozpačitě při prožívání silných emocí nebo konfliktů.*): Pacientka utváří ve svém životě blízké vztahy, avšak ne vždy vnímá takové vztahy jako rovnocenné. Má sklon se příliš přizpůsobovat tomu, co od ní ostatní očekávají. Z toho důvodu jsou získané informace nejbližší kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

##### **4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování**

Pacientka dává přednost samostatné práci před společnou prací s ostatními. Ve skupinové práci postrádá smysl, je toho názoru, že se všichni členové na spolupráci nepodílejí

a většinou práci udělá pouze jeden člen skupiny. Pacientka hovořila o tom, že je velmi vůdčí typ a je ráda, když se druzí přizpůsobí jejím nápadům. Pokud se jí během skupinové práce něco nelíbí, vždy řekne svůj názor. Návrhům ostatních při spolupráci se nebrání, většinou představí svoji vizi řešení problému a je pro ni důležité, aby se k tomu ostatní vyjádřili.

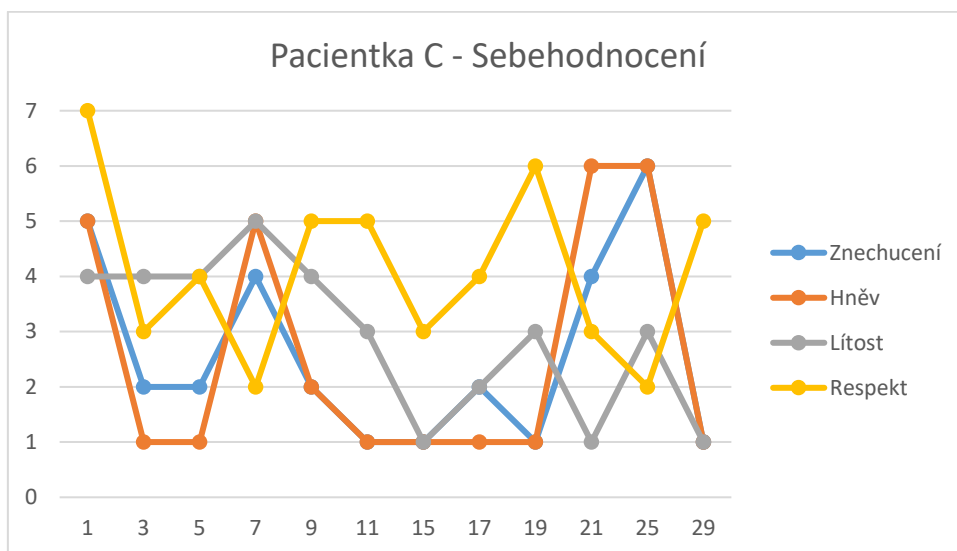
**Hodnocení 1** (*Spolupráce může být potlačena nereálnými nároky. Schopnost reagovat na názory, emoce nebo chování druhých je částečně omezena.*): Ačkoli pacientka nerada spolupracuje na úkolu s ostatními, je schopna ve skupině pracovat. Spolupráce však může být lehce potlačena nereálnými nároky, kdy pacientka touží po tom, aby se druzí přizpůbili jejím nápadům. Informace nejvíce odpovídají kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### **Celkové shrnutí osobnostního fungování**

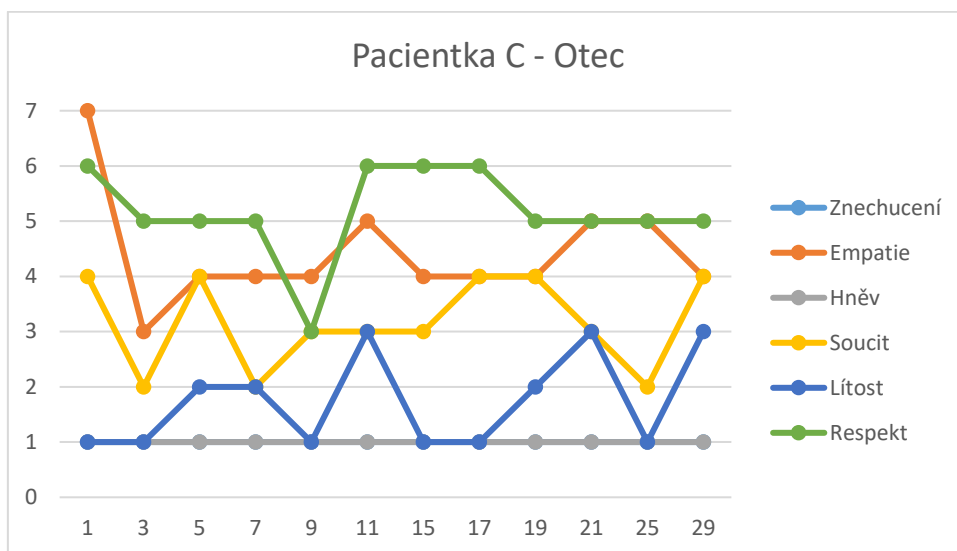
Narušení osobnostního fungování se projevuje především v oblasti identity. Pro pacientku je velmi důležité působit na druhé lidi dobrým dojem. Touží být oceňována a z důvodu nadměrného přizpůsobování se druhým lidem cítí, že není sama sebou. Je tak u ní přítomné narušení hranic mezi sebou a ostatními. Pokud však jde o společnou práci, má tendenci zaujímat vedoucí postavení a prosazovat své názory. Regulace emocí je závislá na vnějším kladném hodnocení. Je velmi citlivá na kritiku ze strany druhých lidí, kterou si bere velmi osobně. V takových situacích dochází k ohrožení vlastní sebeúcty a pociťuje zlost nebo se uzavírá sama do sebe. V ostatních oblastech není u pacientky významně narušeno osobnostní fungování.

### **Hodnocení emocí k představitelům jinakosti (ESM)**

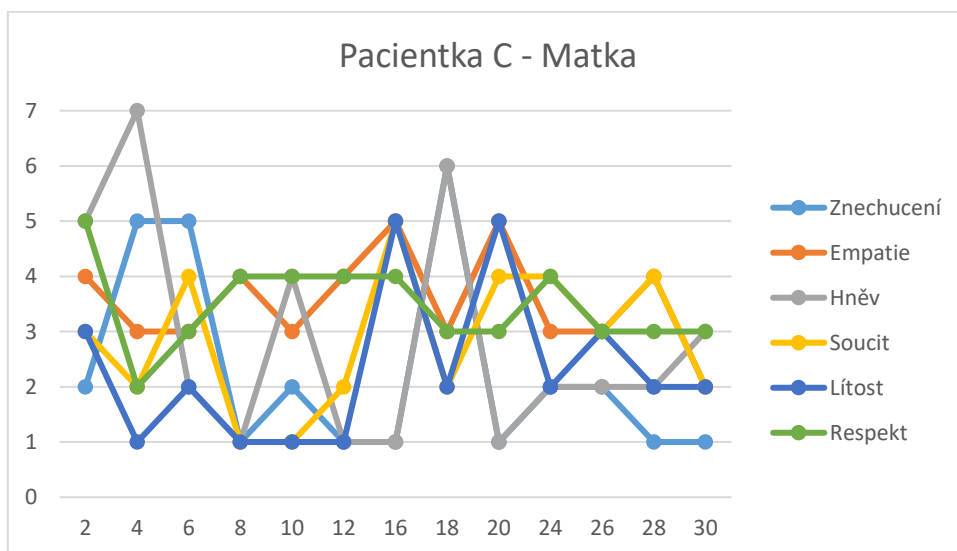
Do případové studie pro pacientku C nebyli zařazeni následující představitelé jinakosti: Rom, neznámý člověk, turista, cizinec, migrant a Vietnamec, a to z toho důvodu, že k těmto představitelům zaujímá spíše neutrální postoj a emoce se během těchto dní příliš neproměňovaly.



Z grafu, na kterém pacientka zaznamenávala emoce pociťované k sobě samotné, jsou během hodnocených dní patrné výkyvy ve všech emocích. 1. den zaznamenala respekt k sobě na nejvyšší hodnotě (7), v tento den byl však na hodnotě 5 i hněv a znechucení. Pacientka ke svému hodnocení bohužel nepřidala komentář a není tak možné říct, co daná hodnocení mohlo ovlivnit. 3. den pacientka komentovala: „*Sama se sebou jsem dnes v pohodě.*“ V tento den pacientka k sobě nepociťovala hněv ani znechucení, respekt však klesl až na hodnotu 3. 7. den byly lítost a hněv na hodnotě 5, pacientka však přidala komentář: „*Nic zvláštního se nestalo.*“ Stejný komentář přidávala k většině hodnocených dní. Je možné tedy předpokládat, že emoce se u pacientky mnohdy proměňovaly nezávisle na vnějších okolnostech. 9. den pacientka poznamenala: „*Jsem nemocná, takže mi je líto sama sebe.*“ Lítost však oproti předchozím dnům nebyla zaznamenána ve větší intenzitě. 21. den pacientka zaznamenala hněv na hodnotě 6 a přidala komentář: „*Chtěla jsem dnes vstát v osm a jet do školy. Nezvládla jsem to a pořád ležím v posteli. Proto jsem na sebe naštvaná.*“ Stejně tak 25. den byl hněv označen opět hodnotou 6, narostlo však na hodnotu 6 i znechucení, což pacientka vysvětlila následovně: „*Včera jsem udělala pár blbostí, a proto jsem na sebe naštvaná.*“ Z grafu je viditelné, že znechucení narůstá společně s hněvem a intenzita respektu k sobě samé je velmi proměnlivá, což může souviset se zranitelnou sebeúctou pacientky.

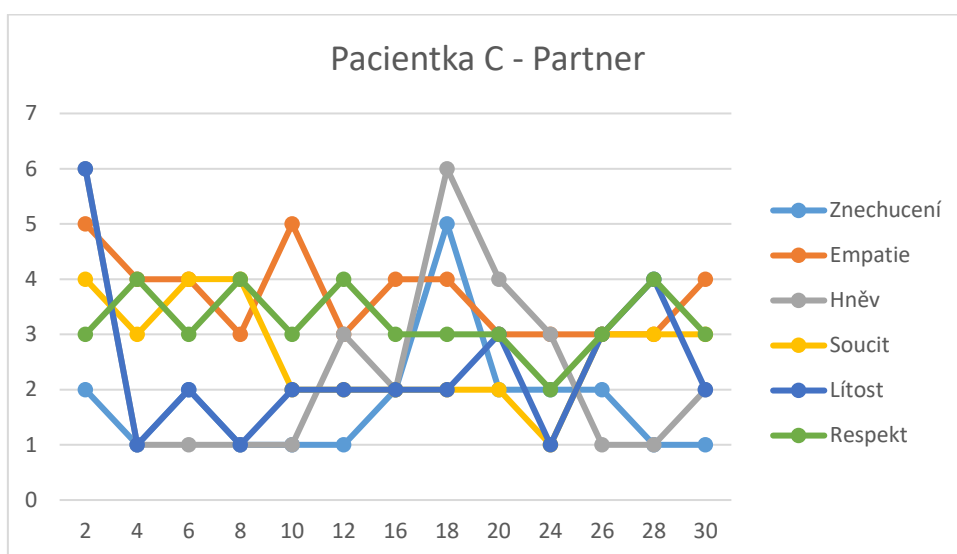


Pacientka během hodnocených dní k otci nepocítovala žádný hněv ani znechucení. 1. den byla empatie k otci na hodnotě 7, vysoko byl hodnocen i respekt (hodnota 6). Pacientka ke svému hodnocení přidala komentář: „Dnes jsem se s tátou zatím neviděla, takže by se odpovědi během dne mohly změnit.“ K otci pacientka obvykle pocítovala respekt, pouze 9. den klesl na hodnotu 3. Tento den byla pacientka nemocná. Celkově se však emoce výrazně neproměňovaly, takže není možné hovořit o problematickém vztahu s otcem.

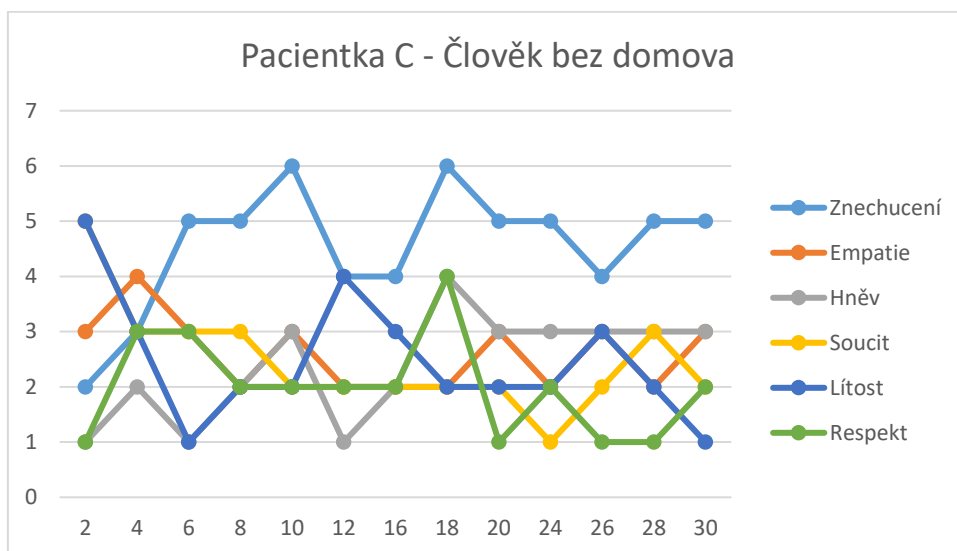


Je zřejmé, že k matce pacientka pocítuje menší respekt než k otci. Z grafu jsou patrné především výkyvy hněvu vůči matce. 4. den pacientka komentovala: „Máma mě dnes naštvála. Proto ten hněv a znechucení.“ Tento den byl hněv na nejvyšší hodnotě (7) a znechucení na hodnotě 5. 8. den byly hněv i znechucení na hodnotě 1, pacientka však svoji

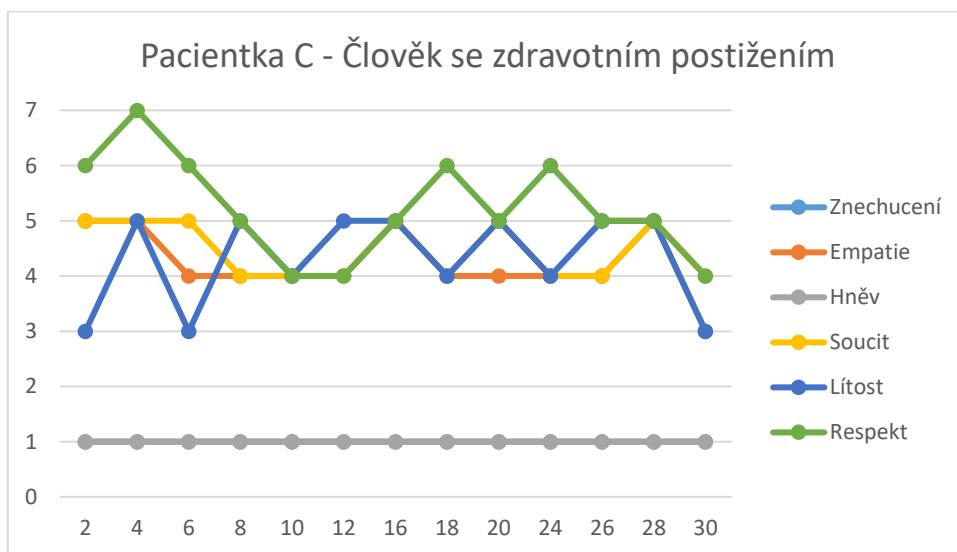
volbu komentovala následovně: „Mámu jsem dnes ještě nepotkala. Nepochybuju o tom, že mě večer našťve.“ 16. den vzrostly lítost, soucit i empatie k matce na hodnotu 5 a hněv i znechucení byly na nejnižší hodnotě (1). Pacientka tento den komentovala: „Máma jde v neděli do nemocnice, takže mi jí je líto.“ 18. den pacientka zaznamenala svůj hněv i znechucení k matce na hodnotě 6, což komentovala slovy: „Všichni mě štvou.“ Ve 20. dni hněv opět klesl na hodnotu 1 a lítost vzrostla znovu na hodnotu 5. K tomuto dni pacientka dodala: „Máma byla včera na operaci, takže mi jí je líto, a není doma, takže mě nešťve.“ Celkově je možné se domnívat, že pacientka má problematický vztah s matkou.



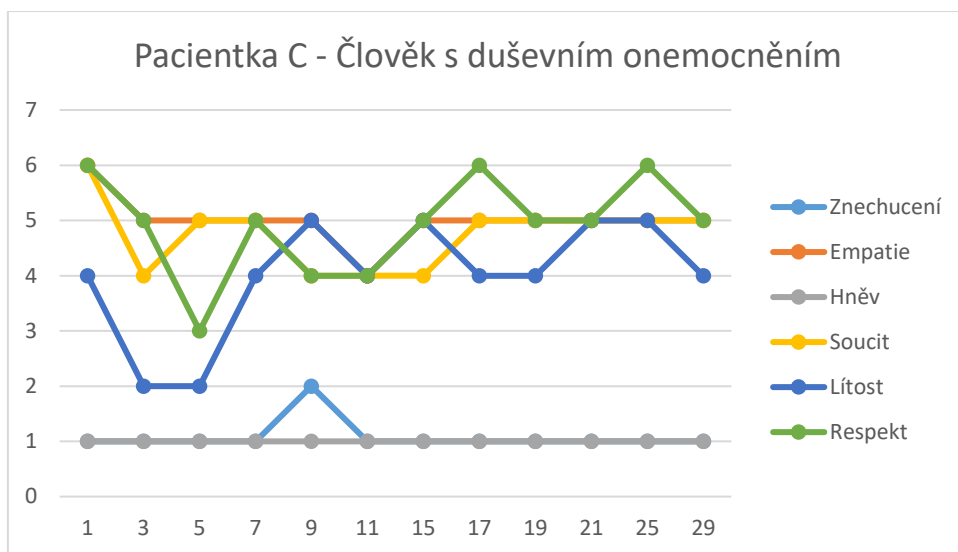
Na grafu pro partnera si lze povšimnout pár výkyvů v hodnocení lítosti, hněvu a znechucení. Respekt a empatie k partnerovi se během hodnocených dní příliš neproměňovaly. 2. den pacientka zaznamenala lítost a hněv na hodnotě 6, což následně doplnila komentářem: „Včera jsem zjistila, že můj expřítel (nejbližší člověk) už měsíc nebyl v práci.“ Empatie však byla v ten den zaznamenána také vysoko, a to na hodnotě 5. V 18. dni byl stejně jako u matky zaznamenán hněv k partnerovi na hodnotě 6 a znechucení na hodnotě 5. V tento den pacientka poznamenala, že ji všichni štvou, což se projevilo zejména v hodnocení jejích nejbližších. Během dalších dní intenzita hněvu postupně klesala až na nejnižší hodnoty.



K člověku bez domova pacientka ze všech vybraných představitelů pociťovala v největší míře znechucení, pouze 2. den hodnotila znechucení na hodnotě 2, další dny se intenzita znechucení pohybovala na hodnotách 4 až 6. V tento den k člověku bez domova zaznamenala i zvýšenou lítost a soucit oproti následujícím dnům, kdy byly tyto emoce hodnoceny na nižších hodnotách. Bohužel k tomuto dni nepřidala komentář o člověku bez domova. 18. den lehce narostl hněv na hodnotu 4, což však může být vysvětleno špatnou náladou pacientky, jak již bylo zmíněno výše. Vzhledem k pravidelnému zaznamenávání vysoké intenzity znechucení k člověku bez domova je zde možné předpokládat, že postoj k němu bude mít pacientka spíše negativní.



Emoce k člověku se zdravotním postižením se během 30 dní příliš neproměňovaly. Pacientka nepocítovala k člověku se zdravotním postižením hněv ani znechucení, lítost lehce fluktovala mezi hodnotami 3 a 5. Empatie a soucit byly poměrně stálé (hodnoty 4 nebo 5). 4. den pacientka zaznamenala respekt na nejvyšší hodnotě (7), důvod tohoto hodnocení pacientka neuvedla. Je patrné, že k člověku se zdravotním postižením pacientka zaujímá pozitivní postoj.



Na grafu pro člověka s duševním onemocněním je patrné, že pacientka zaznamenávala oproti jiným představitelům jinakosti na vyšších hodnotách empatii a soucit. Tyto emoce se během 30 dní výrazně neproměňovaly, což bylo pravděpodobně ovlivněno i tím, že pacientka je sama člověkem s duševním onemocněním. Po většinu dní byla i lítost hodnocena vyššími hodnotami, avšak 3. a 5. den klesla na hodnotu 2. Tyto dny byla pacientka dle svých slov v dobrém psychickém rozpoložení. Hněv a znechucení k tomuto představiteli jinakosti nepocítovala, naopak respekt po většinu dní zaznamenala na vyšších hodnotách. Obecně je možné usuzovat na pozitivní postoj pacientky k člověku s duševním onemocněním.

## 9.4 Pacientka D

Pacientce je 19 let, je svobodná, má základní vzdělání, studuje na gymnáziu a žije ve společné domácnosti s matkou.

Bohužel pacientku D nebylo možné po výzkumu znovu kontaktovat a provést anamnestický rozhovor. Vzhledem ke splnění stanovených kritérií popsaných v kapitole 8.2, byla pacientka do výzkumného souboru i přes tuto skutečnost zařazena.

### Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1)

*Shrnutí hodnocení*

<b>Self škála</b> <i>(Identita, Sebeřízení)</i>	<b>3</b>
<b>Interpersonální škála</b> <i>(Empatie, Intimita)</i>	<b>3</b>
<b>Celkem</b>	<b>3</b>

#### 1. Identita

##### 1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními

Pacientka má velmi malou představu o tom, kdo je. Sama sebe by popsala pouze jako tichou a současně cholerickou, pokud se dostane do silných stavů úzkostí. Již několik let se cítí prázdná a necítí se dobře ve vlastním těle, které jí připadá cizí. S blízkými lidmi je schopna být skutečně sama sebou, kdežto ve škole a s kamarády to nedokáže. Velmi často se přizpůsobuje druhým lidem, zároveň se druhými lidmi cítí ohrožena. V situacích, kdy je velmi napjatá nebo rozrušená, sama sebe nepoznává a cítí se ztracená.

**Hodnocení 3** (*Má slabý pocit autonomie/kontroly; pocit nedostatku identity nebo prázdnoty. Vymezení hranice je slabé nebo rigidní – přehnaná identifikace s druhými, přehnaný důraz na nezávislost na druhých, nebo kolísá mezi obojím.*): Vzhledem ke skutečnosti, že pacientka nemá pocit vlastní jedinečnosti, zároveň se velmi přizpůsobuje druhým lidem a za



podmínek stresu není schopna udržovat pocit vlastní hodnoty, odpovídá kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### **1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení**

Nespokojenost pacientky se sebou je ovlivněna tím, že se necítí být součástí svého těla a má pocit, že je někým jiným. V minulosti se potýkala s poruchami příjmu potravy. Pozitivní pocity o sobě samé nemá pacientka žádné, naproti tomu negativní pocity o sobě bývají někdy natolik silné, že samu sebe až nenávidí. Sebenávist projevuje zejména sebepoškozováním a suicidálními pokusy. Pocity o sobě samé u pacientky nekolísají, sama konstatovala, že neustále zažívá pouze negativní pocity, zároveň dodala, že pocity o sobě samé jsou hodně ovlivňovány i tím, co si o ní myslí druzí lidé.

**Hodnocení 4** (*Oslabený, narušený sebeobraz ohrožený interakcemi s druhými. Významné narušení nebo zmatek v sebehodnocení.*): Z důvodu absence pozitivní sebeúcty a silných pocitů nenávisti k sobě samé odpovídá pacientka kritériu pro 4. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### **1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků**

Pacientka běžně zažívá pocity smutku, vzteku, úzkosti, beznaděje a lítosti. Pozitivní emoce zažívá pouze výjimečně, pokud je zrovna namotivována. Nejčastěji u pacientky převládá smutek, občas zažívá manické fáze, kdy pocituje náhlou radost. Emoce jsou u pacientky natolik silné, že ovládají její každodenní život. Z toho důvodu není schopná chodit do školy ani do práce, zvládá docházet pouze do posilovny, aby se sebou dle svých slov „něco udělala“. Ve škole pacientka zažívala šikanu z důvodu dobrých známek, a později proto, že se spolužáci dozvěděli o její hospitalizaci na psychiatrii. Kritiku ze strany druhých lidí snáší pacientka špatně, a proto má sklon držet si od lidí odstup. Pacientka hovořila o tom, že její emoce většinou nemají jasný důvod, a stanou-li se intenzivními, je velmi rozrušena a neschopna cokoli dělat.

**Hodnocení 3** (*Rychlé změny emocí nebo neustálý pocit beznaděje a zoufalství*): Pacientka po většinu času prožívá negativní emoce, pozitivní emoce se u ní vyskytují pouze výjimečně. Vzhledem k intenzivnímu prožívání negativních emocí bez jasného důvodu a chronickému pocitu beznaděje a zoufalství, bylo možné zaznamenat hodnocení na 3. úrovni narušení funkčních schopností osobnosti.

## 2. Sebeřízení

### 2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle

Co se týče cílů, pacientka by ráda nastoupila na dálkové studium gymnázia a měla dítě. Představa mít dítě v ní vzbuzuje pocit, že by život mohl začít dávat větší smysl. Jde jí poměrně těžko si pro sebe stanovovat cíle, protože z důvodu svých potíží nevidí v životě velký smysl. Uskutečňovat cíle se jí ve většině případů nedaří, avšak vždy doufá, že se jí to povede. V minulosti si pro sebe stanovovala velké množství cílů, občas měla i tendenci se přeceňovat, aktuálně se však snaží moc neplánovat.

**Hodnocení 1** (*Je příliš zaměřená na svůj cíl, ve svých cílech je inhibovaná nebo jsou její cíle protichůdné*): Pacientka byla schopna definovat své nejdůležitější cíle, avšak sama hovořila o tom, že stanovovat si pro sebe cíle a být úspěšná v jejich plnění, není z důvodu její duševní poruchy snadné a většinou se jí to nedaří. Pacientka je ve svých cílech inhibovaná, což definuje kritérium pro 1. úroveň narušení funkčních schopností.

### 2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování

Co se týče vnitřních standardů chování, pacientka hovořila o tom, že nemá žádné zásady a v životě pouze přežívá. Uvedla, že má pocit, že opravdové vnitřní uspokojení prakticky neexistuje a zdá se jí, že žije život někoho jiného.

**Hodnocení 4** (*Vnitřní normy chování prakticky chybí*): Informace od pacientky zcela odpovídají 4. úrovni narušení funkčních schopností, poněvadž je u pacientky nepřítomnost vnitřních standardů chování.

### 2.3 Schopnost produktivní sebereflexe

Pacientka má problém porozumět svým vlastním duševním procesům. Negativní emoce a myšlenky k ní přicházejí náhle bez konkrétního důvodu a neví, proč tomu tak je. Stává se jí, že se cítí zcela neschopná pochopit samu sebe. Když se snaží porozumět si, má tendenci své duševní procesy spíše analyzovat.

**Hodnocení 3** (*Výrazně narušená schopnost uvědomovat si vlastní duševní pochody a rozumět jim*): Pacientka bývá neschopná oddálit se od svých duševních procesů a má problém porozumět tomu, co se v ní děje, což odpovídá kritériu 3. úrovně narušení funkčních schopností.

### 3. Empatie

#### 3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění

Pacientka hovořila o tom, že druhým lidem nerozumí, není empatická a nedokáže porozumět zkušenostem druhých. Nemá sklon domýšlet si, co si druzí myslí nebo co cítí, neboť ji to nezajímá. Je citlivá pouze na to, pokud druhý člověk prožívá úzkost, poněvadž sama v tu chvíli začne úzkost cítit .

**Hodnocení 3** (*Schopnost uvažovat a porozumět myšlenkám, pocitům a chování ostatních lidí je významně omezena. Může rozpoznat velmi specifické aspekty v prožívání druhých, zejména zranitelnost a utrpení*): Získané informace zcela odpovídají kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti, jelikož není schopna rozpoznat a porozumět myšlenkám a pocitům druhých lidí z důvodu absence empatie. Rozpoznat se jí u druhých daří pouze úzkost, kterou sama často prožívá.

#### 3.2 Tolerance různých perspektiv

Pacientka se cítí ohrožená rozdílnými názory nebo jinými pohledy na věc. Pokud má někdo odlišný názor, je schopna se kvůli tomu pohádat. Je přesvědčena, že její názory jsou vždy správné a názory ostatních ji příliš nezajímají. Bývá pro ni obtížné pochopit, jak druhý člověk došel ke svému postoji nebo názoru. Přestože ví, že rozdílnost názorů bývá v životě častá, pokaždé při takové neshodě prožívá negativní emoce.

**Hodnocení 3** (*Obecně neschopná uvažování z jiných perspektiv; cítí se velmi ohrožená rozdílnými názory nebo jinými pohledy na věc.*): Z důvodu neschopnosti rozpoznat a pochopit, že druzí mohou mít na věc jiný názor, byla daná oblast hodnocena 3. úrovní narušení funkčních schopností, která danému popisu zcela odpovídá.

#### 3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé

Pacientka příliš nerozumí tomu, jak se chová a jaké dopady má její chování na ostatní. Neuvědomuje si, že její chování může být pro druhé neobvyklé, a důsledky svých činů nebere příliš v úvahu. Sama necítí potřebu později přemýšlet nad tím, jak něco, co řekla nebo udělala, přijal někdo jiný.

**Hodnocení 3** (*Je zmatená nebo si neuvědomuje, jaký důsledek má její vlastní chování na ostatní. Je často zmatená uvažováním a chováním druhých, často přičítá druhým destruktivní*

*motivaci*): Vzhledem ke skutečnosti, že si pacientka neuvědomuje, jaký důsledek má její chování na druhé a o dopady svého chování se nezajímá, odpovídá nejvíce kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **4. Intimita**

### **4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními**

Pravidelný kontakt má pacientka s matkou, přítelem, sestrou, psychologkou a recepční ve fitness centru. Vztahy s druhými jsou velmi proměnlivé a stává se, že ke svým blízkým lidem pociťuje i nenávist. Pacientka by si přála mít blízkých vztahů více, ale je spokojena s těmi, které má. Na cizí lidi se pacientka snaží působit dojemem, že je v pořádku, od lidí si ale raději drží odstup. Je to způsobené strachem z toho, aby znovu nezažila šikanu nebo aby ona sama někomu neublížila.

**Hodnocení 3** (*Má určitou touhu utvářet vztahy ve společenském životě, ale schopnost vytvářet pozitivní dlouhodobé vztahy je významně narušena*): Ačkoli má pacientka touhu utvářet ve svém životě blízké vztahy, její schopnost vytvářet pozitivní dlouhodobé vztahy je narušena pocitem, že by mohla druhému ublížit či by jí mohlo být ublíženo, což odpovídá kritériu 3. úrovně narušení funkčních schopností.

### **4.2 Schopnost a touha po blízkosti**

Mít důvěrné vztahy a přátelství pacientka považuje za velice důležité, protože na své problémy nechce být sama. Se členy rodiny má pacientka dobré vztahy, mnoho přátel již z důvodu svých psychických potíží ztratila. V blízkém vztahu se snaží být otevřená, má však problém být ve vztahu sama sebou, protože neví, kdo je. Blízké vztahy jsou pacientkou vnímány jako rovnocenné a vzájemné, zároveň konstatovala, že má tendenci být ve vztahu ústřední postavou a předpokládá, že s ní druhý bude za všech okolností souhlasit.

**Hodnocení 1** (*Utváří a touží po intimních a vzájemných vztazích, ale může být nesmělá, nebo se cítí rozpačitě při prožívání silných emocí nebo konfliktů.*): Pro pacientku jsou blízké vztahy důležité, v rodině se pacientka cítí bezpečně a několik blízkých vztahů, které ve svém životě má, vnímá jako vzájemné a rovnocenné. Vzhledem ke svému sklonu předpokládat, že bude ve všech situacích dokonale pochopena, odpovídá nejvíce kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### 4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování

Pokud jde o spolupráci s ostatními, je pro ni zásadní, aby měla ve skupině vedoucí postavení a mohla o všem rozhodovat. Osobně nemá pocit, že by pro ostatní bylo těžké s ní pracovat, avšak už se stalo, že při společné práci zažívala konflikty. Chtěla by, aby druzí přizpůsobili své názory a nápady těm jejím. Při spolupráci druhé vyslechne, ale snaží se vždy prosadit své nápady. Pacientka dává přednost samostatné práci před prací skupinovou, protože si tak může bez případných konfliktů udělat vše podle vlastních představ.

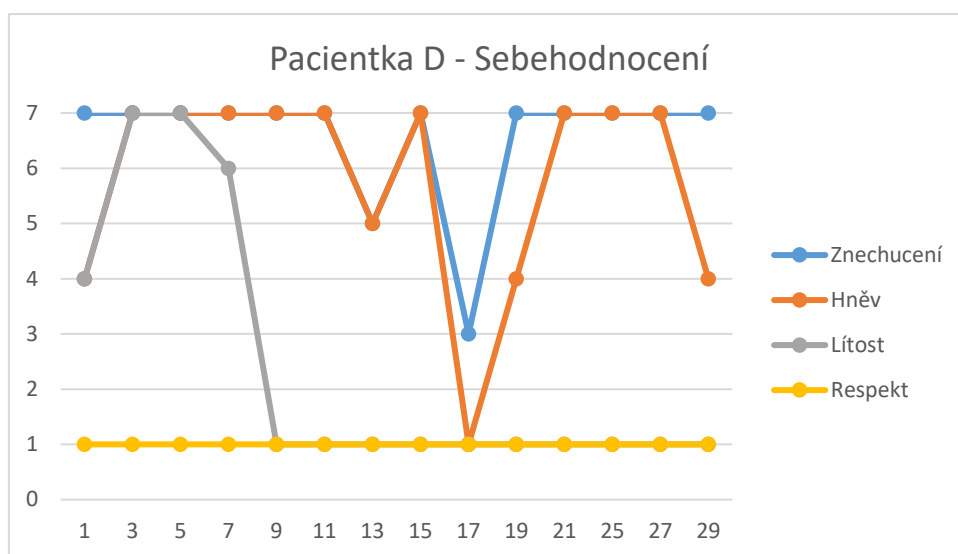
**Hodnocení 2** (*Nevnímá vztahy jako oboustranné a podílí se na nich především kvůli vlastnímu prospěchu.*): Zde je možné konstatovat, že ačkoli je pacientka schopna s druhými spolupracovat, je pro ni těžké pružně zvládat podněty od ostatních, které nebere příliš v úvahu. Z toho důvodu nemohou být vztahy při vzájemné spolupráci považovány za oboustranné. Získané informace tak odpovídají 2. úrovni narušení funkčních schopností osobnosti.

### Celkové shrnutí osobnostního fungování

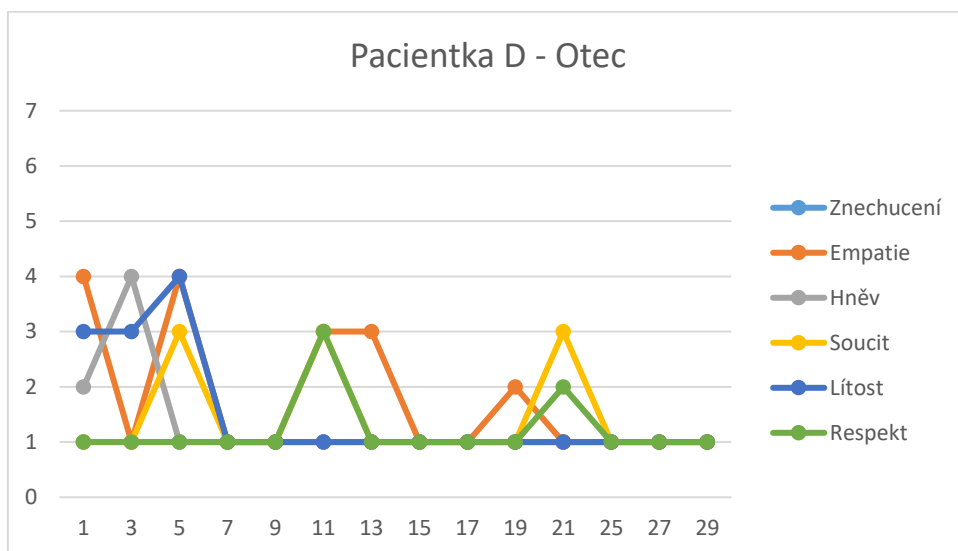
Osobnostní fungování pacientky je značně narušeno ve všech oblastech. Je to způsobené nedostatkem identity a skutečností, že se pacientka necítí dobře ve vlastním těle a připadá si jako někdo cizí. Velmi silně prožívá negativní pocity, které jí zasahují do všech oblastí života, kvůli čemuž má problém navazovat blízké vztahy s druhými lidmi. Předpokládá, že její názory jsou vždy správné a druzí s ní budou za všech okolností souhlasit. V opačném případě prožívá silné negativní emoce a ve stavech napětí má tendenci k sebedestruktivnímu chování. Je velmi citlivá na kritiku a předpokládá, že bude druhými lidmi dokonale pochopena. Není schopna dobře porozumět tomu, co se v ní děje, rovněž nerozumí ani se nezajímá o duševní procesy druhých lidí.

### Hodnocení emocí k představitelům jinakosti (ESM)

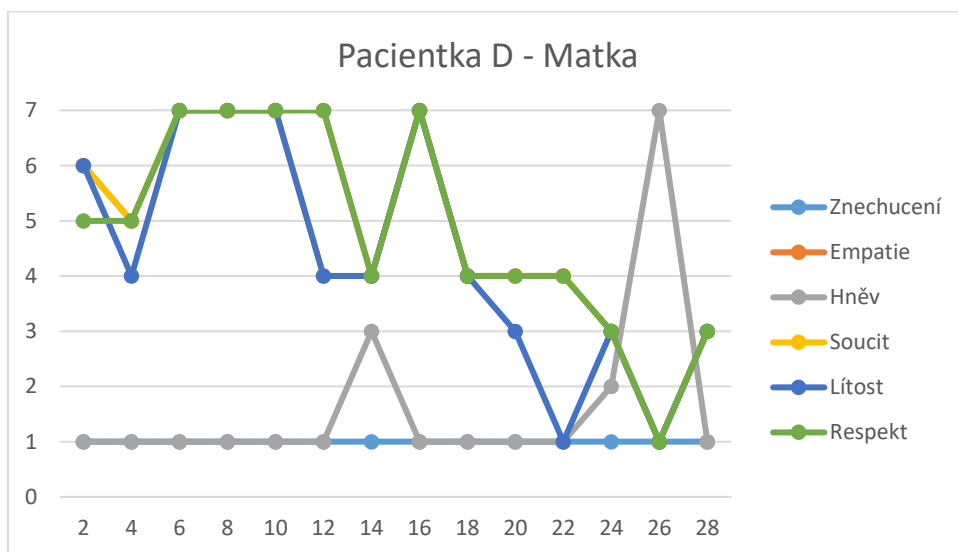
Do případové studie pro pacientku D nebyli zařazeni následující představitelé jinakosti: neznámý člověk, turista, cizinec, migrant a Vietnamec. K těmto představitelům jinakosti nevyjadřovala pacientka žádné postoje, poněvadž po většinu dní všechny hodnocené emoce zaznamenala na hodnotě 1. Je možné předpokládat, že výše zmínění představitelé jinakosti pacientku nezajímají, a proto nedokázala zaznamenávat své každodenní postoje.



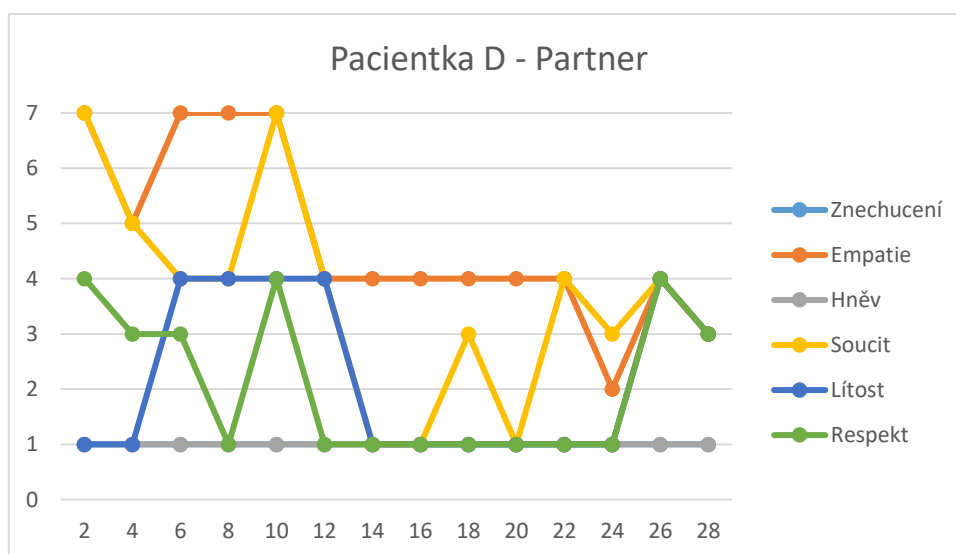
Zde je možné vidět, že pacientka k sobě během těchto dní nepocítovala žádný respekt, neboť ho každý den zaznamenala na nejnižší hodnotě (1). Oproti tomu znechucení bylo zaznamenáváno konstantně na nejvyšších hodnotách s výjimkou 17. dne, kdy klesl na hodnotu 3, společně s obrovským poklesem hněvu na hodnotu 1, který se během zbývajících dnů také pohyboval na vysokých hodnotách. K tomuto dni pacientka bohužel nepřidala žádný komentář. Během prvních dní hodnocení pacientka k sobě zaznamenala ve velké intenzitě lítost, která 9. dne klesla na nejnižší hodnotu a tam zůstala až do konce celého hodnocení. 5. den pacientka komentovala: „*Dnes jsem se probudila v extrémně těžké depresi.*“ Hněv, znechucení i lítost zaznamenala na hodnotě 7. Další komentář pacientka přidala 25. dne, kdy rovněž emoce nabývaly extrémních hodnot: „*Včera jsem byla krůček od toho, abych skočila pod metro. Zachytil mě můj přítel. Ted' jsem pod rivotrilem a jsem úplně mimo.*“ Celkově je možné předpokládat, že se pacientka po celou dobu nacházela v těžké depresi, kdy k sobě pocítovala neustálý hněv a znechucení, a naopak nulový respekt.



Z grafu lze usuzovat na slabou vazbu mezi otcem a pacientkou, poněvadž k němu všechny emoce zaznamenala na nízkých hodnotách. 3. den k otcovi pacientka pociťovala lehce zvýšený hněv, který byl v tento den na hodnotě 4, naproti tomu empatie klesla z hodnoty 4 na hodnotu 1. Jiné dny zaznamenala již hněv na hodnotě 1, rovněž ani znechucení k otcovi nepociťovala. 5. den pacientka pociťovala zvýšenou lítost, což může mít souvislost s hněvem, který k otcovi cítila 3. den. Respekt k otci je však po všechny dny na nízkých hodnotách, tudíž je pravděpodobné že mezi pacientkou a otcem není blízký vztah, což dosvědčují i informace získané z rozhovoru, kdy pacientka svého otce neuvedla mezi osoby, se kterými má pravidelný kontakt.



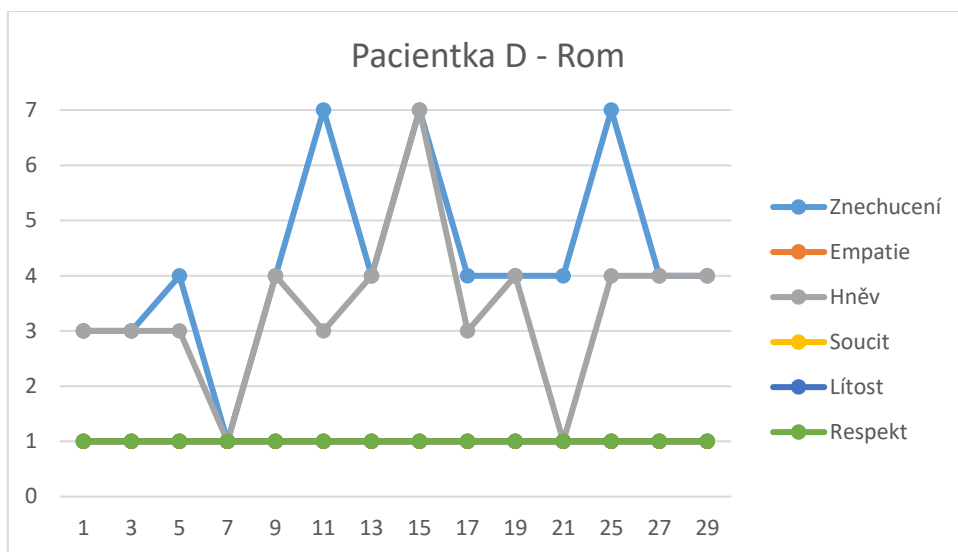
Na grafu pro matku nejsou viditelné empatie ani soucit, což je způsobeno tím, že je pacientka zaznamenávala stejnými hodnotami jako respekt. Tyto emoce během hodnocených dní fluktovaly na hodnotách 1 až 7. V první polovině hodnocení pacientka cítila k matce vysokou intenzitu respektu, empatie i soucitu, kdežto v druhé polovině intenzita daných emocí klesala, což mohlo souviset se zhoršeným psychickým stavem pacientky. Stejným způsobem kolísala i intenzita lítosti. Pacientka k matce nepociťovala znechucení, hněv pocíťovala pravděpodobně situačně, neboť byl po většinu dní na hodnotě 1, pacientka ovšem zaznamenala určité výkyvy, což je patrné zejména 26. dne, kdy byla intenzita hněvu k matce na nejvyšší hodnotě, kdežto respekt, empatie i soucit k matce byly v tento den za celé hodnocení nejnižší. V tento den pacientka zaznamenala následující komentář: „*Hrozně moc bych chtěla nastoupit na léčbu do X. Je mi hrozně zle. Bojím se, že to nezvládnou. Když jsme psali mail ohledně toho, aby mě vzali, nikdo neodpovídá. A neodpovídají ani mému psychiatrovi. Jsem na tom fakt už hůř a hůř*“. Lze se domnívat, že pacientka má se svou matkou velmi dobrý vztah a proměnlivost emocí byla způsobena aktuálním psychickým stavem pacientky.



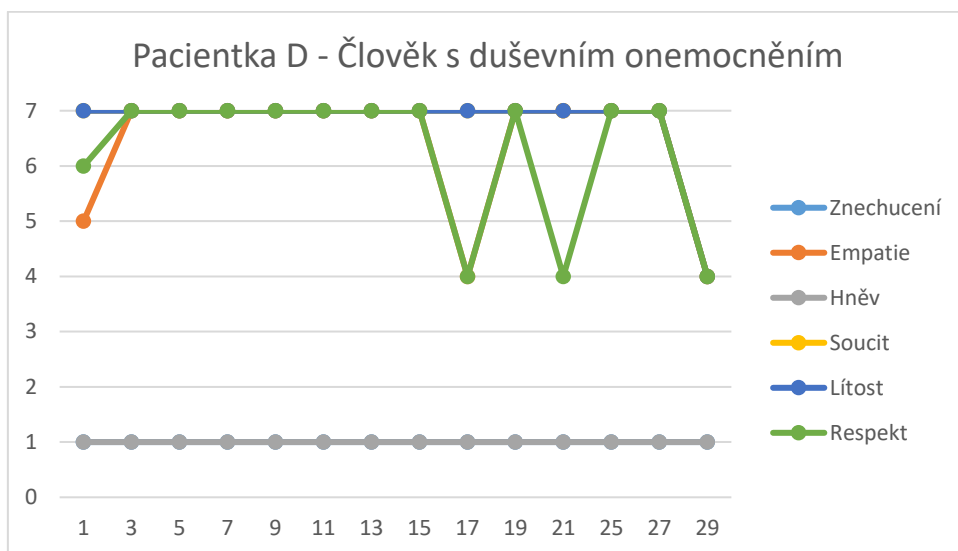
V hodnocení partnera kolísal především soucit, a to mezi hodnotami 1 až 7. I zde je možné vidět, jak ve druhé polovině hodnocených dní intenzita emocí klesala. Respekt k partnerovi fluktoval mezi hodnotami 1 až 4, po většinu dní však byl na hodnotě 1, což vypovídá o tom, že pacientka nepociťovala ke svému partnerovi po většinu dní žádný respekt, kdežto empatii k němu projevovala. Hněv ani znechucení k partnerovi nepociťovala, lítost byla od 6. do 14. dne na hodnotě 4, zatímco následující dny lítost zaznamenala hodnotou 1. 10. den



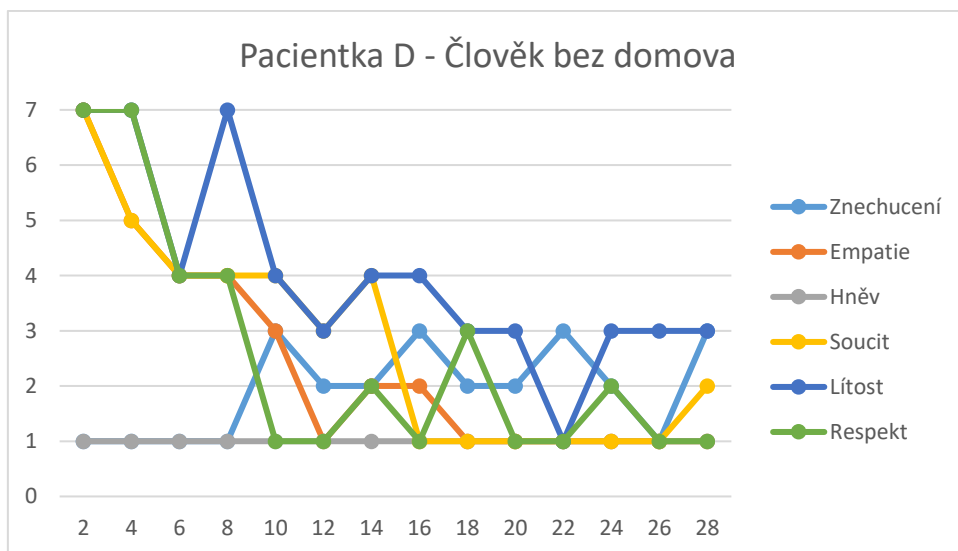
byly hodnocené emoce s výjimkou hněvu a znechucení na vyšších hodnotách než v jiné dny. K tomuto dni pacientka uvedla pouze komentář: „*Hrozné sny a deprese.*“ Je možné se domnívat, že tento den trávila se svým partnerem, který ji v daný den mohl být oporou. 26. dne vzrostly respekt a lítost k partnerovi na hodnotu 4, zvýšená intenzita těchto emocí může navazovat na výše zmíněnou událost, kdy partner zachránil pacientku před skokem pod metro.



Na grafu pro Roma se objevuje značná fluktuace znechucení a hněvu. Tyto dvě emoce kolísaly mezi hodnotami 1 až 7, kdežto ostatní emoce pacientka k Romovi nepocítovala. 15. den byla intenzita hněvu i znechucení na hodnotě 7. Zda daná hodnocení ovlivnil negativní zážitek s Romem, už ze získaných dat není jasné. Celkově graf naznačuje na negativní postoj k tomuto představiteli jinakosti.

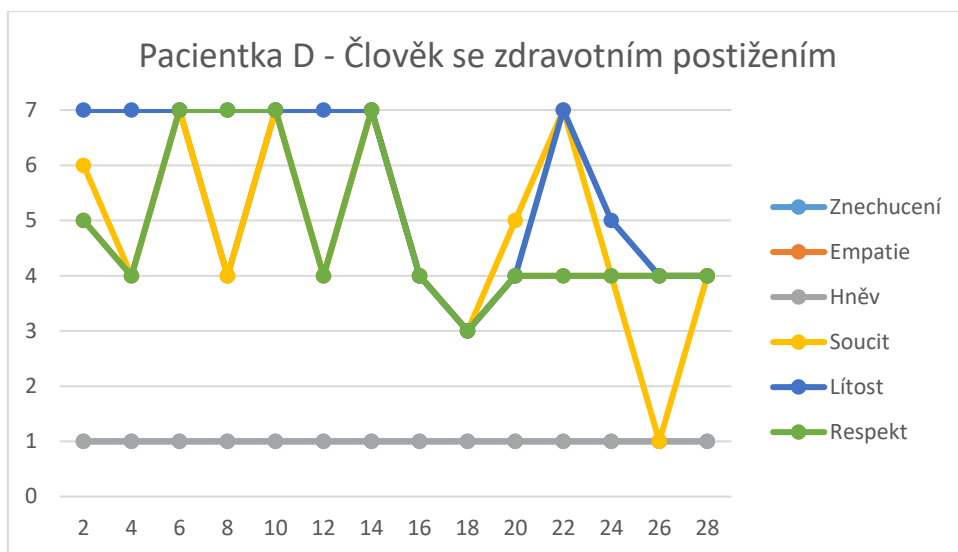


K člověku s duševním onemocněním pacientka pociťovala velmi silnou intenzitu emocí. Soucit a lítost po všechny dny zaznamenala hodnotou 7, rovněž i empatie byla s výjimkou 1. dne po celou zaznamenána na nejvyšší hodnotě. V druhé polovině hodnocených dní kolísal respekt mezi hodnotami 4 až 7. Hněv ani znechucení pacientka k člověku s duševním onemocněním nepociťovala. Ačkoli sama k sobě zaznamenávala vysokou intenzitu znechucení, k lidem, kteří mají také duševní onemocnění, žádný odpor neměla, naopak k těmto lidem projevovala velkou míru soucitu a empatie.



Na grafu pro člověka bez domova je zřetelná výrazná fluktuace emocí. Empatie, soucit, lítost a respekt kolísaly mezi hodnotami 1 až 7, v první polovině hodnocených dní byly dané emoce hodnoceny na vyšších hodnotách, než tomu bylo v polovině druhé. Pacientka

neuvedla, jaké situace měly na její volbu hodnocení vliv. Ze získaných dat od pacientky se však ukázalo, že člověk bez domova je součástí její rodiny. Je možné uvažovat o tom, že během prvních dní mohla být s danou osobou v kontaktu a další dny hodnocení více odrážely její obecné postoje k člověku bez domova. 22. den hodnotila všechny emoce na nejnižší hodnotě (1), zároveň znechucení lehce vzrostlo na hodnotu 3. Je možné se domnívat, že k člověku bez domova zaujímá pacientka ambivalentní postoj.



Na grafu, který zobrazuje emoce pociťované k člověku se zdravotním postižením je očividná proměnlivost většiny emocí. Od 2. do 16. dne pacientka zaznamenala lítost nejvyšší hodnotou (7), která poté klesla na hodnotu 4. 22. den znovu vzrostly lítost a soucit na hodnotu 7. Co konkrétně tyto změny v intenzitě emocí vyvolalo, pacientka neuvedla. Na grafu není viditelná empatie, je to z toho důvodu, že empatii pacientka zaznamenávala stejnými hodnotami jako respekt. Znechucení ani hněv k člověku se zdravotním postižením nepociťovala. 26. den pacientka necítila k danému představiteli žádný soucit, což může opět souviset se dnem předchozím, kdy uvažovala o sebevraždě.

## 9.5 Pacientka E

### Anamnestický rozhovor

Pacientce je 27 let, je svobodná, má dokončené základní vzdělání, pracuje pro e-shop s potřebami pro zvířata a aktuálně bydlí sama.

Rodiče pacientky jsou v manželském svazku, žijí ve společné domácnosti a oba mají středoškolské vzdělání. Matka je zaměstnána v e-shopu s fitness produkty, otec pracuje jako servisní technik. V rodině pacientky se nenalézají žádná tělesná či duševní onemocnění, uvedla pouze, že dědeček byl závislý na alkoholu, ona ho však nikdy nepoznala. Pacientka má sestru ve věku 31 let, se kterou se nevidá často. Vztahy se sestrou pacientka popsala jako chladné a odměřené. S rodiči má pacientka také chladnější vztah, ovšem poznamenala, že věří, že ji vychovávali v dobré víře. Výchova rodiči byla dle vzpomínek pacientky spíše liberální.

Pacientka se již od svého dětství potýká s depresí. Okolo 15 let začala užívat návykové látky, konkrétně opiáty, a začala pít alkohol. Aktuálně však již 8 let abstinuje. V době, kdy se pacientka rozhodla přestat užívat opiáty, začala postupně přibírat. To mělo za následek pokusy o opětovné snížení váhy, což postupně vyústilo až v poruchy příjmu potravy. Pacientka se již třikrát pokusila o sebevraždu. Sebeпоškozování ji provází po mnoho let a stává se, že tomu někdy stále podléhá. Hospitalizovaná byla celkem pětkrát, čtyři z pěti pobytů byly krátké – měsíční, jeden pobyt byl 3,5 měsíců z důvodu odvykací léčby.

Období školní docházky je dle názoru pacientky příčinou a začátkem veškerých psychických potíží a následné závislosti. Ve škole velmi trpěla, vyčnívala, byla zmatená, úzkostlivá a smutná. Spolužáci měli z pacientky spíše respekt a učitelé se snažili rodičům domluvit, aby se více učila. Pro pacientku je škola ryze negativním zážitkem a sama vypověděla, že kdyby jednou měla své vlastní děti, nikdy by je nenutila do státní školy chodit.

Co se týče profesní oblasti, pacientka uvedla, že je zaměstnaná na velice dobré pozici. V práci je velmi spokojená a přistupuje k ní s nadšením. Pracuje pro e-shop s potřebami pro zvířata a na starost má jak samotný prodej – dění ve skladu a komunikaci se zákazníky, tak i psaní odborných článků na web a sociální sítě a další kreativní činnosti. Pacientka dále uvedla, že kolegové ji mají rádi, ona sama se však jakýmkoli akcím mimo práci vyhýbá

a kontakt s kolegy nevyhledává. Kolegové jí říkají, že působí odtažitě. S nadřízeným má pacientka dobrý vztah, vždy jí pomůže, když si neví rady, a chová se k ní přátelsky.

Jak již bylo zmíněno výše, začátky potíží dává do souvislosti se školou. Se svými spolužáky si nerozuměla, neměla si s nimi co říct a nevyhovoval jí systém, který na škole byl. Pacientka popisuje, že ji bude do konce života „běhat mráz po zádech“, pojedede-li kolem své bývalé školy. Již na prvním stupni z důvodu psychických potíží ve škole byla poslána k psychologovi, který jí pouze diagnostikoval vyšší IQ, avšak problémy pacientky od té doby stále narůstaly.

Hraniční porucha osobnosti se u pacientky projevuje zejména emoční nestabilitou. Rozčílí ji každá malichernost a většina lidí, se kterými se setkává. Problémy se objevují také v soustředění a učení. Pokud ji něco nebaví a nezajímá, nedokáže tomu věnovat pozornost. Komunikaci s lidmi se spíše vyhýbá, jelikož je pro ni stresující a nucená.

Pacientce pomáhá medikace (konkrétně Aurorix a Atarax), která jí naprosto vyhovuje a s jejíž pomocí je schopna fungovat i v horších stavech. Kromě toho se také začala věnovat zdravému životnímu stylu – zdravě se stravuje, otužuje se, cvičí jógu, medituje, hodně odpočívá a čte. Mimoto abstinuje a nekouří. Pomáhá jí také finanční zaopatření a jakási jistota, kterou má díky práci.

### **Polostrukturovaný rozhovor o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1)**

#### *Shrnutí hodnocení*

<b>Self škála</b> <i>(Identita, Sebeřízení)</i>	<b>2</b>
<b>Interpersonální škála</b> <i>(Empatie, Intimita)</i>	<b>3</b>
<b>Celkem</b>	<b>3</b>

## 1. Identita

### 1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními

Pacientka má pouze malou představu o tom, kdo je. Sama sebe popsala jako nervózní a „rozklepanou“ osobu, která neumí moc dobře vycházet s druhými lidmi. Často se cítí prázdná, protože se u ní hodně střídají nálady. V situacích, ve kterých je sama, se cítí dobře, protože má plno svých osobních zájmů, avšak mezi cizími lidmi je spíše uzavřená a není sama sebou. Přestože pacientka racionálně ví, že druzí lidé nejsou proti ní, prožívá v kontaktu s nimi úzkost. Ačkoli se dokáže zpočátku přizpůsobovat druhým lidem, stále se jí stává, že se svoji hodnotu snaží prosadit tím, že v rámci vzpoury proti ostatním úmyslně přijímá opačný názor.

**Hodnocení 3** (*Má slabý pocit autonomie/kontroly; pocit nedostatku identity nebo prázdnoty. Vymezení hranic je slabé nebo rigidní – přehnaná identifikace s druhými, přehnaný důraz na nezávislost na druhých, nebo kolísá mezi obojím.*): Na základě získaných informací je možné pacientku skórovat na 3. úrovni narušení funkčních schopností, jelikož se u pacientky objevuje pocit nedostatku identity a prázdnoty. Vzhledem k tomu, že pacientka neumí dobře vycházet s druhými lidmi, dává najevo svoji nezávislost na druhých, což také odpovídá kritériu pro danou úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### 1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení

Spokojenost sama se sebou pacientka vyjadřuje v procentech. Obecně se cítí spokojená pouze ze 40 %. Intenzitu pozitivních i negativních pocitů o sobě popsala jako extrémně vysokou. Jinými slovy se cítí buď extrémně spokojená, nebo extrémně nespokojená. Nespokojenost se sebou u pacientky převažuje, a to z důvodu proměnlivosti nálad, kdy si neumí po dlouhou dobu udržet pozitivní emoce. Pacientka také uvedla, že přibližně jednou do měsíce prožívá sebenenávist a odpor k sobě samé. Oproti tomu je spokojená se svou kreativitou, velmi ji baví psát. Má spoustu nápadů, ale dělá jí problém dotahovat věci do konce. Dále je spokojená se svou inteligencí, má vysoké IQ a je v menze. Pacientka podotýká, že její pocity o sobě samé jsou hodně určovány tím, co si o ní myslí druzí lidé, a z toho důvodu s druhými raději nekomunikuje.

**Hodnocení 3** (*Křehká sebeúcta – ovlivňována okolnostmi, sebeobraz bez soudržnosti. Sebehodnocení bez jemných rozdílů: averze vůči sobě, zveličování sebe sama a kombinace obojího.*): U pacientky je znatelná křehká sebeúcta, která souvisí s proměnlivostí nálad a bývá také ovlivněna kritikou ze strany druhých lidí. Sebehodnocení pacientky kolísá mezi dvěma póly, avšak nespokojenost se sebou samou u pacientky převažuje a stává se, že k sobě pociťuje i averzi. Dané informace odpovídají popisu 3. úrovně narušení funkčních schopností osobnosti.

### **1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků**

Ve svém životě zažívá pocity neustále se střídající euforie a deprese, které však nemají žádný důvod. Při kontaktu s lidmi pacientka běžně pociťuje nervozitu a stres. Intenzitu všech prožívaných emocí popisuje jako extrémní. Obzvláště špatně snáší kritiku ze strany druhých lidí, kterou si bere velmi osobně. Pacientka dodala, že je velmi snadné ji vyvést z míry. V takových situacích má problém udržet své emoce pod kontrolou a negativní energii obrací vůči sobě či druhým lidem.

**Hodnocení 3** (*Rychlé změny emocí nebo neustálý pocit beznaděje a zoufalství*): Emoce jsou u pacientky velmi intenzivní a proměnlivé a objevují se bez konkrétní příčiny. Obzvláště citlivá je však na kritiku ze strany druhých lidí, kterou pacientka těžko snáší a není tak schopna tyto negativní emoce regulovat. Informace odpovídají kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2. Sebeřízení**

### **2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle**

Pacientka si pro sebe stanovila jeden hlavní cíl, za kterým se snaží jít. Ve svém volném čase se věnuje psaní povídek, které anonymně píše na internetové stránky. Ví o sobě, že se jí psaní velmi daří a přála by si, aby její texty lidé četli. Cíle pacientky se nezakládají na očekávání druhých lidí, ale na tom, po čem ona sama doopravdy touží. Pokud se jí však nedaří dosáhnout cílů, které si pro sebe stanovila, dělá jí velký problém podle toho své cíle upravit.

**Hodnocení 1** (*Je příliš zaměřená na svůj cíl, ve svých cílech je inhibovaná nebo jsou její cíle protichůdné*): Pacientka je schopna si pro sebe stanovovat osobní a realistické cíle, zároveň je však příliš zaměřená na svůj cíl, a pokud se jí nedaří něčeho dosáhnout, je pro ni složité své cíle upravit. Pacientka zde nejvíce odpovídá kritériu pro 1. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování**

Co se týče zásad, které si pro sebe pacientka stanovila, je pro ni důležité neubližovat ostatním, nebýt vztahovačná, dělat to, co ji baví, nebýt tak sebedestructivní a nehodnotit druhé lidi na základě prvního dojmu. Zároveň však konstatovala, že není moc úspěšná v jejich plnění, často se jí nedaří podle těchto norem žít a v dodržování zásad na sebe většinou neklade velké nároky. Avšak při prožívání euforie má tendenci toho od sebe příliš mnoho očekávat, kdežto v horších psychických stavech je tomu naopak.

**Hodnocení 2** (*Osobní nároky mohou být příliš vysoké nebo nízké. Uspokojení je ohroženo chybějícím pocitem autentičnosti*): Pacientka je schopna si pro sebe stanovovat zásady, avšak většinou není moc úspěšná v jejich plnění. Osobní nároky mohou být vysoké, či naopak nízké, což se odvíjí od aktuálního psychického stavu pacientky. Informace odpovídají kritériu 2. úrovně narušení funkčních schopností osobnosti.

## **2.3 Schopnost produktivní sebereflexe**

Pacientka hovořila o tom, že většinou nerozumí tomu, proč se cítí tak, jak se cítí. Během depresivních stavů se jí stává, že se cítí zcela neschopná pochopit sebe samu. Není si jistá, zda její myšlenky odpovídají realitě, přestože se snaží si porozumět. V takových situacích má většinou tendenci své duševní procesy analyzovat a nespolehat se moc na své pocity, poněvadž svým pocitům dobře nerozumí.

**Hodnocení 2** (*Má narušenou schopnost uvědomovat si své vnitřní prožitky*): Pacientka má narušenou schopnost reflektovat své vlastní duševní procesy, zejména často nerozumí svým pocitům, což definuje právě kritérium pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.



### 3. Empatie

#### 3.1 Porozumění zkušenostem a motivacím druhých a jejich ocenění

Pacientka není schopna dobře porozumět tomu, co přesně ostatní cítí a co si myslí. Stává se jí, že se domnívá, že je na ni někdo naštvaný, přestože tomu tak ve skutečnosti není. Má tendenci si vytvářet domněnky a uvnitř sebe se velmi zabývat tím, co si o ní kdo myslí. Neustále prožívá pocity, že je na ni někdo naštvaný, protože se daný člověk například mračí. Je přesvědčena o tom, že druzí lidé mají tendenci hledat její zranitelná místa.

**Hodnocení 2** (*Zvýšeně vnímavá k prožitkům druhých, ale pouze pokud si uvědomuje jejich význam vzhledem k sobě.*): Na základě informací odpovídá daná oblast kritériu pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti, poněvadž má problém porozumět myšlenkám a pocitům druhých lidí. Z důvodu své vztahovačnosti a touze se zalíbit je zvýšeně vnímavá k prožitkům druhých lidí.

#### 3.2 Tolerance různých perspektiv

Názory druhých lidí má pacientka problém přijímat, pokud se liší od těch jejích. Je toho přesvědčení, že ona má pokaždé vše mnohem lépe promyšlené než ostatní. Je pro ni velmi těžké vcítit se do druhého a pochopit, jak ke svému postoji či názoru došel. Kromě toho si častokrát neuvědomuje, že by druhá osoba mohla mít na něco odlišný názor a automaticky očekává, že si druzí myslí to samé, co ona. Pacientka nedokáže dobře zvládnout to, že má druhý na něco zcela opačný názor, naštvě se a raději s daným člověkem přestane komunikovat. O názory druhých se sama od sebe nezajímá, poněvadž ví, že by ji to rozčílilo. Dojde-li k neshodě v názorech, bere si to osobně a nerozumí tomu, jak někdo nemůže mít stejný názor jako ona.

**Hodnocení 3** (*Obecně neschopná uvažování z jiných perspektiv; cítí se velmi ohrožená rozdílnými názory nebo jinými pohledy na věc.*): Pacientka má narušenou schopnost porozumět tomu, že druzí mohou mít na věc odlišný názor, poněvadž vždy předpokládá, že s ní budou souhlasit. Názory druhých lidí není schopna respektovat, a proto se o pohledy druhých raději nezajímá. Zcela tak odpovídá kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

### 3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé

Problémy se vyskytují také v oblasti porozumění vlivu vlastního chování na druhé. Pacientka si často neuvědomuje, že slova, která druhému řekne, mohou být zraňující. U cizích lidí svých slov nelituje a nepřemýšlí nad tím, co řekla, ovšem o blízké lidi se zajímá, protože jsou pro ni důležití. Je pro ni těžké o dopadech svého chování s někým mluvit, pokud má však potřebu to udělat, napíše to.

**Hodnocení 2** (*Obecně si neuvědomuje nebo se nezajímá o dopady svého chování na druhé a nedokáže je realisticky vyhodnotit.*): Z toho důvodu, že si pacientka mnohdy neuvědomuje, jaký důsledek má její chování na ostatní, a později o tom příliš nepřemýšlí, splňuje kritérium pro 2. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

## 4. Intimita

### 4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními

Pacientka má pravidelný kontakt s kamarádem a rodinou. Také navštěvuje pravidelně psychiatra. Se způsobem, jakým komunikuje s ostatními, není příliš spokojená, jelikož nedokáže své myšlenky vyjádřit tak dobře, jako by je sepsala na papír. Problém v komunikaci se projevuje zejména v kontaktu s cizími lidmi. S kontakty, které má, je spokojena pouze na 5 %. Ačkoli se u pacientky vyskytuje touha po kontaktu s ostatními, spíše se kontaktu s nimi vyhýbá, což dává do souvislosti s obavami, že by jí mohlo být ublíženo. Přátelství jí v minulosti nikdy po dlouhou dobu nevydržela, z toho důvodu, že v nich byla postupem času nuda či rozdílnost v názorech.

**Hodnocení 3** (*Má určitou touhu utvářet vztahy ve společenském životě, ale schopnost vytvářet pozitivní dlouhodobé vztahy je významně narušena.*): Přestože pacientka touží po utváření vztahů ve svém životě, má narušenou schopnost vytvářet dlouhodobé a pozitivní vztahy, což dává do souvislosti se strachem ze zranění a s tím, že neumí dobře přijímat rozdílné názory. Zde byla pacientka hodnocena na 3. úrovni narušení funkčních schopností, jejíž kritérium odpovídá získaným informacím.

### 4.2 Schopnost a touha po blízkosti

Pro pacientku není v životě nezbytné utvářet důvěrné vztahy a přátelství, neboť se považuje za samotářku. Dle svých slov je pro ni nepostradatelný pouze psychiatr, aby měla s kým

mluvit. Ani k blízkým lidem není příliš otevřená s tím, co si myslí a co cítí. Sama konstatuje, že má tendenci občas lhát i svému psychiatrovi, protože se obecně ve vztazích necítí bezpečně. Své blízké vztahy nepovažuje za rovnocenné, a to ani s rodiči. Blízké vztahy se již dříve pacientce rozpadly, protože do nich málo investovala.

**Hodnocení 3** (*Vztahy jsou založeny na silném přesvědčení o potřebě blízkého člověka a/nebo očekávání, že bude opuštěna nebo zneužita. Pocity týkající se intimní spoluúčasti ve vztahu se pohybují mezi strachem, odmítnutím a zoufalou potřebou osobního kontaktu.*): Vzhledem k tomu, že pro pacientku není budování důvěrných vztahů příliš důležité, necítí se ve vztazích bezpečně, a vztahy, které v životě má, nepovažuje za rovnocenné, odpovídá tak kritériu pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

#### **4.3 Vzájemná úcta odražená v interpersonálním chování**

Pacientce se nedaří spolupracovat s ostatními na nějakém úkolu a sama se domnívá, že je pro ostatní těžké s ní pracovat. Je to z toho důvodu, že je snadné ji vyvést z míry a bere si věci hodně osobně. Pokud pro ni společná práce není důležitá, dokáže se přizpůsobit skupině, v opačném případě se to nedaří a dostává se do konfliktů. Dává tedy přednost samostatné práci, jelikož se nemusí s nikým dohadovat a může si vše udělat podle vlastních představ.

**Hodnocení 3** (*Malá míra vzájemnosti – ostatní lidé jsou vnímáni podle toho, jak na ni působí. Snaha o spolupráci je často narušena jejím přesvědčením, že jí ostatní pohrdají.*): V této oblasti je patrná malá míra vzájemnosti. Pacientka není většinou schopna konstruktivní spolupráce. Je pro ni velmi těžké s druhými lidmi spolupracovat a stává se, že se v takových situacích dostává do konfliktů, poněvadž má problém přijímat názory druhých. Proto zde pacientka naplňuje kritérium pro 3. úroveň narušení funkčních schopností osobnosti.

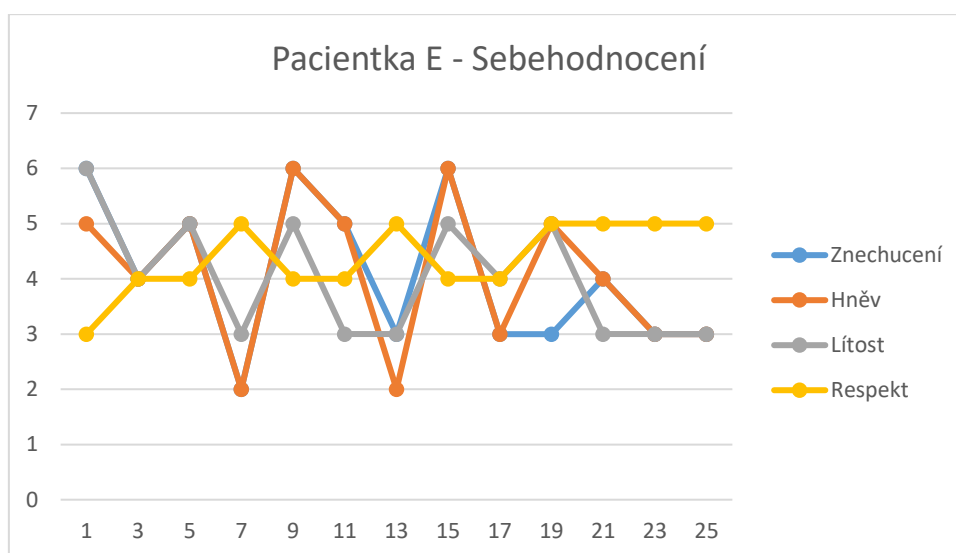
#### **Celkové shrnutí osobnostního fungování**

Osobnostní fungování pacientky je narušeno ve všech oblastech fungování, zejména v oblastech identity a intimity. Pacientka ve svém životě nenavazuje blízké vztahy, cítí se být samotářkou. Čas tráví ráda sama, má spoustu zájmů, ovšem ve společnosti druhých lidí se cítí velmi nervózně. Je velmi impulzivní, citlivá na kritiku a nedokáže přijmout to, že má druhý na věc odlišný pohled. V takových situacích se často dostává do konfliktů, protože je

přesvědčena, že její názory jsou lepší než názory druhých lidí. V oblasti identity je narušeno především prožívání emocí, které jsou velmi intenzivní a proměnlivé. Od psychických stavů se pak odráží sebeúcta pacientky, kdy je se sebou extrémně spokojená, či naopak extrémně nespokojená.

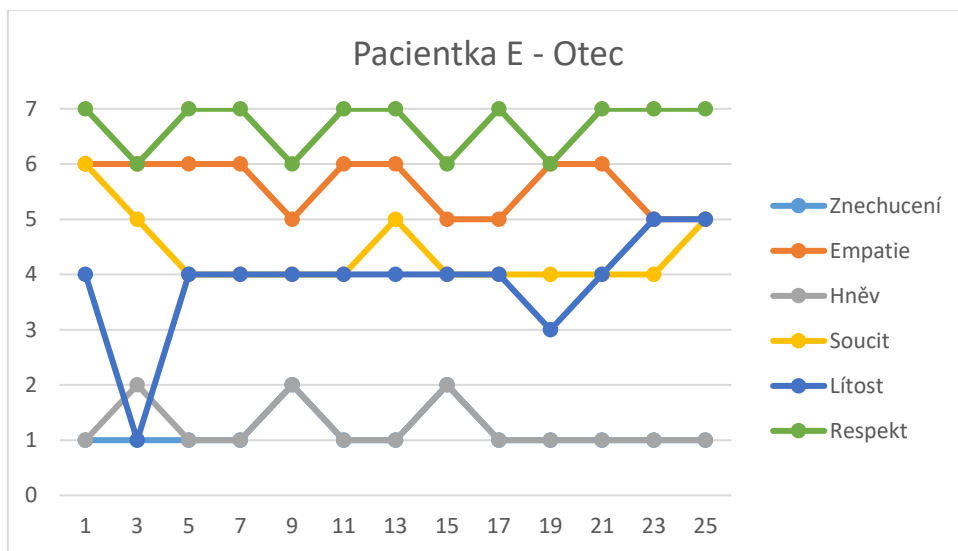
### Hodnocení emocí k představitelům jinakosti (ESM)

Do případové studie pro pacientku E nebyli zařazeni následující představitelé jinakosti: neznámý člověk, turista, cizinec, člověk bez domova, Rom, Vietnamec a člověk se zdravotním postižením. Pacientka u těchto představitelů hodnotila emoce na středních hodnotách, které se během hodnocených dní příliš neproměňovaly. Ke člověku se zdravotním postižením však pociťovala největší intenzitu respektu, empatie a soucitu.

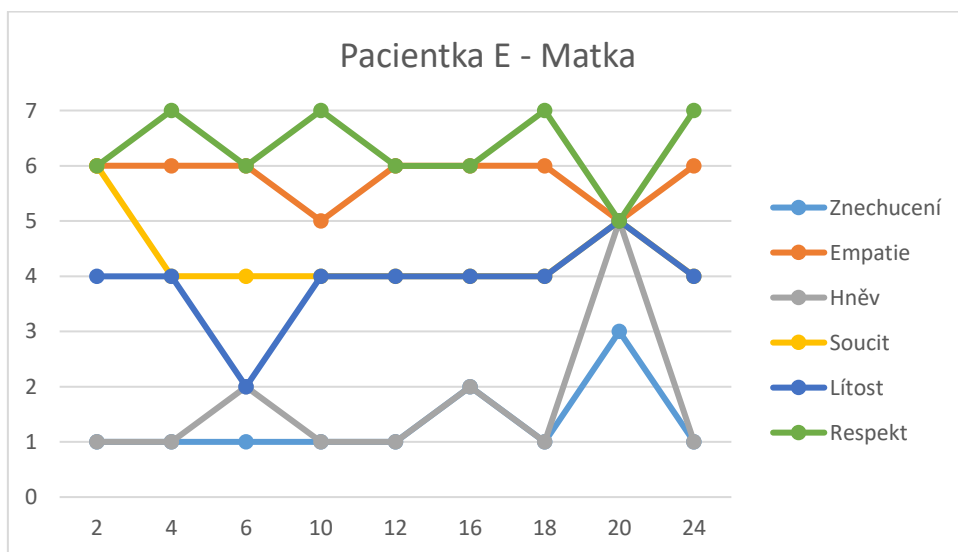


Emoce, které pacientka během hodnocených dní pociťovala sama k sobě, byly poměrně proměnlivé. Respekt byl ze všech posuzovaných emocí nejvíce konstantní, oproti tomu hněv a znechucení fluktovaly mezi hodnotami 2 až 6. 1. den pacientka hodnotila lítost a znechucení k sobě hodnotou 6 a hněv hodnotou 5. Tento den byl také respekt za celé hodnocení nejnižší a pacientka připojila následující komentář: „*Dnešek je pro mě ve znaku zlosti, hněvu a lítosti, jelikož jsem se pohádala s mým jediným kamarádem.*“ 7. den klesly hněv i znechucení na hodnotu 2 a respekt vzrostl na hodnotu 5. Pacientka komentovala: „*Skvěle jsem se vyspala. Jsem na brigádě.*“ V 9. den je možné vidět další výrazný výkyv v emocích, kdy pacientka pociťovala velký hněv i znechucení a dodala: „*Je mi špatně.*“

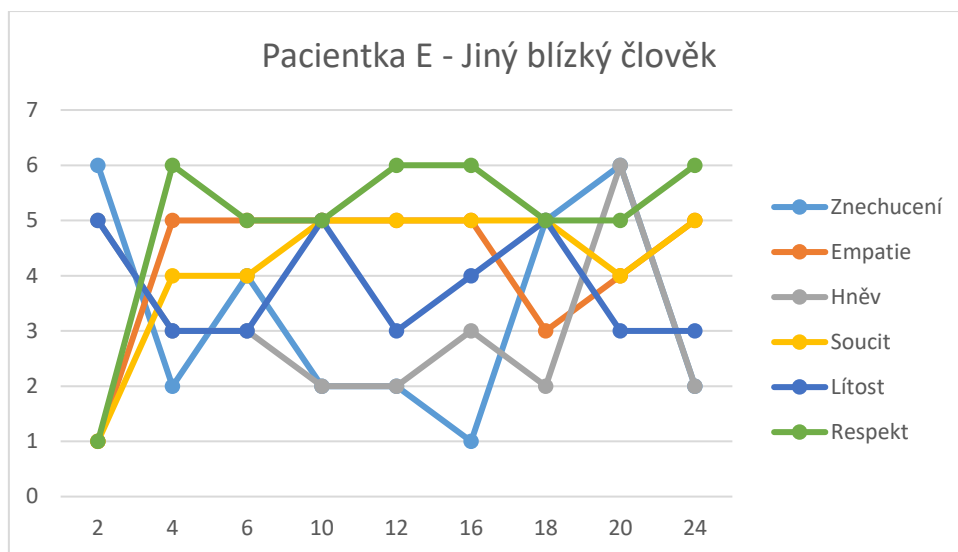
*Psychicky i fyzicky.* “ 11. den pacientka zaznamenala hněv a znechucení na hodnotě 5, lítost však klesla na hodnotu 3. K tomuto dni pacientka poznamenala: „*Opět na brigádě v pro imigrantské společnosti. Trochu našťvaná, bez důvodu.*“ Poslední velký výkyv se objevuje 15. dne, kdy pacientka znovu prožívala vysokou intenzitu hněvu i znechucení, což následně komentovala: „*Psychicky mi není dobře, jsem celý den v centru města na brigádě.*“



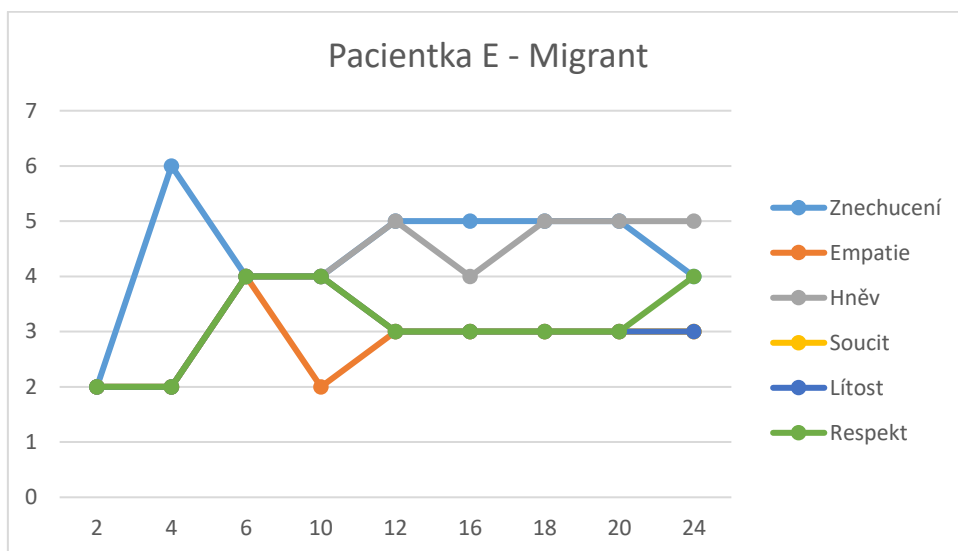
K otcovi pacientka pociťovala poměrně stálé emoce bez větších výkyvů. Pouze 3. den klesla intenzita lítosti z hodnoty 4 na nejnižší hodnotu (1). Pacientka k tomuto dni přidala komentář: „*Dnes je jeden z těch dní, kdy skoro nic necítím.*“ Celkově je možné vidět, že pacientka pociťovala ke svému otci velký respekt i empatii, naproti tomu hněv ani znechucení k otcovi během těchto dní necítila.



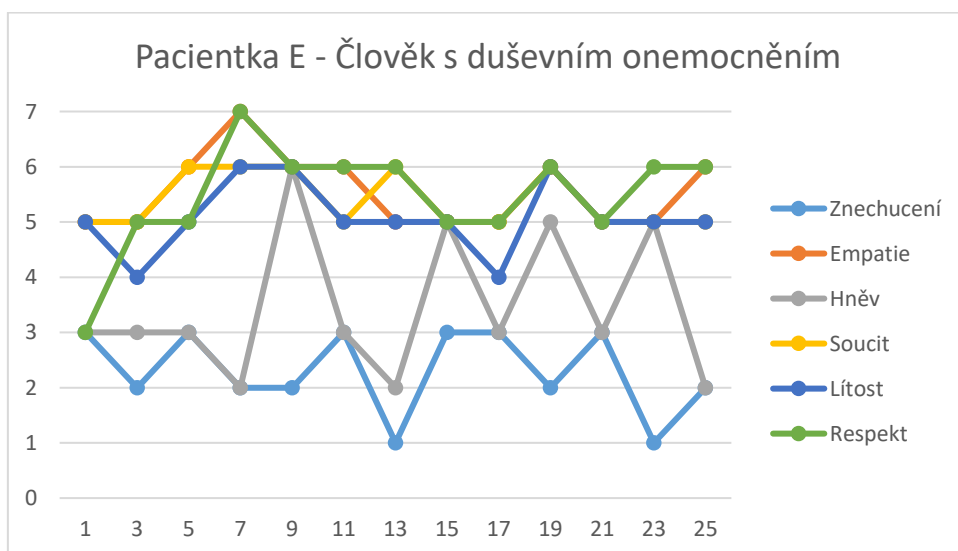
Z grafu je očividné, že hodnocené emoce k matce byly poměrně stálé a příliš se neproměňovaly. Stejně tak jako k otci pocítovala pacientka k matce vysoký respekt i empatii, a to i v případě, kdy ve 20. den narostla intenzita hněvu na hodnotu 5, respekt k matce poklesl z hodnoty 7 pouze na hodnotu 5. Tento den pacientka okomentovala: „*Vánoce. Svátky stresu.*“ Hodnocení mohla ovlivnit napjatá atmosféra doma, kdy pacientka trávila Vánoce s rodinou. Je možné usuzovat na pozitivní postoj k oběma rodičům.



Pacientka nemá partnera a zde uvedla, že hodnotila svého jediného kamaráda. Ve srovnání s hodnocením rodičů si lze povšimnout, že graf naznačuje lehce problematický vztah s kamarádem, poněvadž emoce jsou značně proměnlivé. Vzhledem k tomu, že se respekt i empatie s výjimkou pár výkyvů pohybovaly na vyšších hodnotách, je možné předpokládat, že se nejedná o problematický vztah jako takový, ale ovlivňoval ho spíše psychický stav pacientky. 2. den byla intenzita hněvu i znechucení na hodnotě 6, současně i lítost v tento den dosáhla hodnoty 5. Pacientka svoji volbu hodnocení okomentovala: „*Rozhádaná s blízkým člověkem.*“ Hádka vedla k tomu, že tento den pacientka nepocítovala ke kamarádovi respekt, soucit ani empatii. Hned 4. den došlo pravděpodobně k usmíření, jelikož respekt narostl na hodnotu 6, oproti tomu výrazně klesly hněv i znechucení. 18. den znechucení zaznamenala na hodnotě 5, kdežto hněv byl pouze na hodnotě 2, což vysvětlila: „*V práci celý den. Cítím se unaveně a nechci s nikým mluvit.*“ Nárůst hněvu i znechucení je viditelný ve 20 dni, kdy byly Vánoce, které jsou pro pacientku svátky stresu.



Na grafu pro migranta nejsou viditelné emoce soucit a lítost, neboť pacientka dané emoce zaznamenala na stejných hodnotách jako respekt. Tyto emoce během hodnocených dní fluktovaly pouze mezi hodnotami 2 až 4. 2. den pacientka zaznamenala všechny emoce na hodnotě 2, což doplnila slovy: „*Nešla jsem na brigádu kvůli mému psychickému stavu.*“ 4. den vzrostly znechucení a hněv až na hodnotu 6, kdežto ostatní emoce byly na hodnotě 2. Pacientka k tomuto dni přidala komentář, který vysvětluje i předchozí hodnocení: „*Jsem na brigádě v neziskové organizaci pro podporu migrace. Jsem v šoku z toho, jak nepořádní a nevděční dokážou lidé být.*“ V následující dny již nejsou zřejmé výkyvy v emocích, pouze 10. den empatie klesla na hodnotu 2. Tento den pacientka poznamenala: „*Pracovní den. Nemám moc čas přemýšlet, asi i proto je mi ok.*“



Ačkoli pacientka po většinu hodnocených dní k člověku s duševním onemocněním pociťovala respekt, soucit i empatii, zde na grafu je možné zpozorovat výraznou fluktuaci hněvu. Ten kolísal mezi hodnotami 2 až 6. Je velmi pravděpodobné, že výkyvy emocí neměly souvislost s konkrétní zkušeností s člověkem s duševním onemocněním v dané dny, ale hodnocení velmi ovlivňoval psychický stav pacientky, která se během těchto dní necítila dobře po psychické stránce.



## 10 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat a popsat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami žen s hraniční poruchou osobnosti a postoji k sobě a představitelům jinakosti. Získané informace byly zpracovány do případových studií, které podrobně popisovaly osobnostní fungování patientek skrze jednotlivé oblasti a jejich postoje k sobě, blízkým i cizím lidem, menšinám či lidem s duševním onemocněním či zdravotním postižením. Zde v diskuzi bude věnována pozornost jednotlivým částem případových studií, které budou popsány a diskutovány.

Na základě získaných anamnéz se ukázalo, že se v rodinách některých patientek s hraniční poruchou osobnosti vyskytovaly duševní poruchy či závislosti na návykových látkách, což popisuje i Praško (2003), podle kterého se v rodinách lidí s hraniční poruchou osobnosti častěji vyskytují poruchy nálady, disociální poruchy osobnosti či závislosti na návykových látkách, než tomu je v rodinách zdravých jedinců. Výchova byla pacientkami popisována jako autoritativní či naopak liberální. Patientky také často hovořily o chladném vztahu s rodiči. Podle Traina (2001) lidé, kteří byli vychováni autoritativními rodiči, mohou být později ve svém životě uzavření, nešťastní a mít nízké sebevědomí. Oproti tomu liberální styl výchovy, který je charakterizován bezmeznou volností, může mít za následek nevytvoření si citlivosti pro hranice, a u těchto lidí se pak může objevovat například nerespektování skupinových norem.

Co se týče projevů hraniční poruchy, patientky hovořily o sebepoškozování, pocitech prázdnoty, proměnlivosti nálad, nízkém sebevědomí, strachu ze samoty a opuštění. Dále také o sklonu k závislostem a promiskuitě či o problémech se spánkem a soustředěním. Patientky mnohdy dávaly své potíže do souvislosti s obdobím školní docházky. Hovořily o zkušenostech se šikanou či neschopnosti navazovat se spolužáky pozitivní vztahy. Tato zjištění jsou v souladu s tím, co popisují Grambal, Praško a Kasalová (2017), kteří konstatují, že u hraničních pacientů z důvodu jejich emoční nestability a impulzivity bývají mnohem častěji přítomny například poruchy příjmu potravy, sebedestruktivní chování či promiskuita. Mnoho těchto pacientů podle autorů již v dětství mívalo problémy s udržením pozornosti, učením a ovládáním impulzů, což mohlo vést k potížím ve škole či ke konfliktům s druhými lidmi.

Projevy hraniční poruchy byly u všech pacientek patrné i v hodnocení osobnostního fungování. Je však třeba konstatovat, že míra narušení funkčních schopností osobnosti se v rámci jednotlivých pacientek lišila, a ne vždy dosahovala výsledná hodnocení osobnostního fungování středně těžkého narušení (úroveň 2), což je dle Alternativního modelu pro poruchy osobnosti podmínkou pro diagnostiku poruchy osobnosti. Hodnocení však představovalo aktuální stav pacientek a v danou dobu mohlo být jejich osobnostní fungování narušeno pouze v menší míře. U pacientek B a C se nacházelo narušení osobnostního fungování pouze v malé míře (úroveň 1), kdežto u pacientek A, D a E bylo zaznamenáno těžké narušení funkčních schopností osobnosti (úroveň 3).

Ačkoli jsou zkušenosti pacientek zcela jedinečné a nepřenositelné, v určitých oblastech se nalézaly shody. V oblasti identity se u všech pacientek vyskytovaly potíže spojené s nestabilitou ve vnímání sebe samých, narušením vlastní sebeúcty, přecitlivělostí na kritiku a prožíváním intenzivních a proměnlivých emocí. Tato zjištění potvrzují Winter, Bohus & Lis (2017) ve své studii, která prokázala, že sebehodnocení pacientů s hraniční poruchou je velmi nestabilní a pacienti jsou velmi náchylní k negativním emocím ve vztahu k sobě samým, a často tak k sobě pocítují odpor a stud. V oblasti sebeřízení se u pacientek velmi často projevovala narušená schopnost uvědomovat si své vnitřní prožitky, což opět souvisí s proměnlivostí a intenzitou emocí. Co se týče stanovování a realizace cílů, narušení se zde projevovalo v menší míře. Oblast empatie je napříč jednotlivými pacientkami poměrně rozporuplná. Některé pacientky měly problém v rozpoznání pocitů a potřeb druhých či v uvědomování dopadu svého chování na druhé, oproti tomu některé měly schopnost empatie poměrně dobře rozvinutou. Co se týče intimity, pacientky hovořily o problémech v navazování blízkých vztahů, který souvisel například se strachem ze zranění, s nedostatečnou sebeúctou či s vlastním nezájmem takové vztahy utvářet. V souvislosti s těmito zjištěními Palihawadana et al., (2018) ve své studii konstatují, že vztahy žen s hraniční poruchou osobnosti bývají výrazně ovlivněny snahou vyhnout se reálnému či domnělému opuštění, proto mnohdy nejsou schopné blízké vztahy utvářet. Pro hraniční poruchu bývají typické nestabilní a intenzivní mezilidské vztahy. U pacientek byla také potlačena schopnost konstruktivní spolupráce s druhými lidmi z důvodu vlastního pocitu méněcennosti, citlivosti na kritiku či netolerance odlišných názorů. Metoda polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1) vznikla

teprve před nedávnou dobou a autorka této diplomové práce nenalezla žádné studie, které by se věnovaly hodnocení osobnostního fungování přímo u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Pokud jde o ESM, pacientky měly možnost po dobu 30 dní zaznamenávat, jaké události mohly ovlivnit jejich emocionální postoje k určitým představitelům jinakosti v dané dny. V komentářích však nejčastěji popisovaly své vlastní aktuální psychické stavy, namísto konkrétních zkušeností s určitými lidmi. Z uvedených rozborů dat ESM je patrné, že se u patientek často proměňovaly emocionální postoje k různým představitelům jinakosti. Určité výkyvy v emocích bylo mnohdy možné odůvodnit kontextem, ve kterém se pacientky nacházely, velmi často však na emocionální postoje k představitelům jinakosti mělo vliv jejich aktuální psychické rozpoložení. Je možné se také domnívat, že výkyvy v emocích jsou odrazem konkrétních osobnostních uspořádání patientek. Variabilita emocí se během hodnocených 30 dní ukázala poměrně velká a na grafech bylo možné si povšimnout značné proměnlivosti emocionálních postojů, která se týkala zejména osob, se kterými byly pacientky více v kontaktu. Byli však představitelé jinakosti (například Vietnamec či turista), ke kterým se emocionální postoje příliš neproměňovaly, což mohlo být způsobené nevyhraněnými postoji k těmto jedincům, poněvadž pacientky hodnotily všechny posuzované emoce k těmto představitelům na nejnižších či středních hodnotách bez výrazných emočních výkyvů. Výrazná intenzita a proměnlivost emocí se projevily v hodnocení emocí pociťovaných k sobě samým, což je možné dát do souvislosti právě s emoční nestabilitou, která je pro hraniční poruchu osobnosti charakteristická. Podle Bolelouckého (1993) pacient s hraniční poruchou bývá nestálý v názorech, které se u něj mohou ze dne na den proměňovat. Na základě jeho obranného mechanismu štěpení kolísají i představy o sobě samém, a to se projevuje nestabilním sebehodnocením, které je ovlivňováno příznivými či nepříznivými emočními zážitky. Santangelo et al. (2017), kteří zkoumali časovou souhru nestability sebehodnocení a emoční nestability v každodenním životě pacientů s hraniční poruchou osobnosti, přišli se zjištěním, že nestabilita v sebehodnocení je u těchto pacientů zvýšena a že je vysoce propletená s emoční nestabilitou ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou. Nestabilita sebehodnocení a afektivní nestabilita jsou podle autorů klíčovými rysy hraniční poruchy osobnosti. V jiném výzkumu vzorkování zkušeností u hraničních jedinců Nica & Links (2009) konstatují, že přehled dosud

publikovaných studií vzorkování zkušeností lidí s hraniční poruchou osobnosti naznačuje, že se u těchto pacientů vyskytují častější a náhlé změny nálad, než tomu bylo u kontrolní skupiny zdravých jedinců a pacientů s těžkou depresí. Stiglmayr et al. (2005) ve své studii prokázali, že stavům napětí pacientů s hraniční poruchou často předcházely neúspěch, odmítnutí či samota.

Hlavním limitem výzkumu je především malý počet respondentek a není tak možné výše popsaná zjištění generalizovat na všechny jedince s hraniční poruchou osobnosti. Za druhé také skutečnost, že výsledky výzkumných metod z důvodu absence referenční skupiny nebylo možné porovnávat a dozvědět se, jak by se jedinci s hraniční poruchou osobnosti odlišovali od skupiny jedinců z neklinického vzorku či skupiny pacientů se zvýšenou hladinou neuroticismu. Zajímavé by mohlo být také srovnání mužů a žen s diagnózou hraniční poruchy osobnosti či srovnání s jedinci s jinou než hraniční poruchou osobnosti. Dalším možným úskalím může být menší množství zkušeností během vedení polostrukturovaného rozhovoru a s tím související hodnocení narušení funkčních schopností osobnosti oproti odborníkům z klinické praxe. Hodnocení osobnostního fungování mohla i lehce ovlivnit obeznámenost s diagnózou u klinického vzorku. O této skutečnosti se vyjadřují i Hutsebaut et al. (2017), kteří konstatují, že tazatelé mohli mít během rozhovoru očekávání zdravějších skóre od respondentů z kontrolní skupiny oproti respondentům z klinického vzorku.

Oproti tomu přínosem práce může být právě hlubší vhled do těchto specifických případů, poněvadž popisují zkušenosti respondentek s diagnózou hraniční poruchy. Prvních pár rozhovorů probíhalo pod odborným dohledem výzkumných pracovníků podílejících se na výše popsaném projektu, poté již pouze bez přítomnosti třetí osoby. V některých případech bylo náročné přiklonit se ke konkrétnímu kritériu hodnocení, neboť ne vždy získané informace zcela přesně odpovídaly popisu daných kritérií. V takovém případě bylo důležité formulovat pacientce předpokládané kritérium a dozvědět se, zda je odpovídající či případně usuzovat na to, do jaké míry odpovídají získané informace narušení funkčních schopností osobnosti.

Hraniční porucha osobnosti může ztěžovat životy lidí v různé míře a v různých oblastech života. Prostřednictvím získaných informací z polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 je možné lépe porozumět konkrétním patologiím ve funkčních schopnostech osobnosti, které

brání pacientkám žít spokojený a naplněný život. Je tak možné zaznamenat, které aspekty svého života pacientka aktuálně nezvládá a kde si naopak vede dobře, na čemž by poté mohla být stavěna terapie. Za pomoci ESM je zase možné sledovat proměnlivost psychických stavů pacientek, a pozorovat, které události mají vliv na zlepšování, či naopak zhoršování psychického stavu, což by mohlo být velmi nápomocné během léčebného procesu.

## Závěr

Tato diplomová práce byla zaměřena na postoje žen s hraniční poruchou osobnosti k jinakosti a vycházela z projektu podpořeného Grantovou agenturou České republiky s názvem *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje*. Práce měla za cíl prozkoumat vztah mezi různými osobnostními charakteristikami patientek s hraniční poruchou osobnosti a postoji k sobě, blízkým i cizím lidem, menšinám, lidem s duševním onemocněním či zdravotním postižením, a to prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1), který mapoval aktuální osobnostní fungování v osobní i interpersonální oblasti, a metody experience sampling, která po dobu několika týdnů zaznamenávala intenzitu a proměnlivost emocí k sobě a představitelům jinakosti.

Teoretická část práce byla věnována základnímu vymezení poruch osobnosti s užším zaměřením na hraniční poruchu, dále také alternativnímu modelu pro diagnostiku poruch osobnosti vycházejícího z DSM-5, který přišel s dimenzionálním přístupem a s hodnocením osobnostní patologie na škále funkčních schopností osobnosti. V další části bylo představeno teoretické ukotvení polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti (STiP-5.1), pomocí kterého je možné zmapovat narušení osobnostního fungování v jednotlivých oblastech u daného jedince. Teoretická část byla zakončena představením metody experience sampling, která umožňuje získávat data z každodenního života jedinců v reálném čase.

Do výzkumu, který byl popsán v empirické části práce, bylo zařazeno pět žen s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Osobní setkání s každou pacientkou probíhalo na University of New York in Prague a trvalo přibližně 2 hodiny. Na základě získaných informací ze všech použitých metod byly zpracovány případové studie, ve kterých byly podrobně charakterizovány všechny aspekty osobnostního fungování a prostřednictvím zpracovaných dat získaných metodou experience sampling bylo možné pozorovat, jak se proměňovaly emoce, které pacientky během několika týdnů pociťovaly k sobě a k představitelům jinakosti.

Výsledky poukázaly na intraindividuální variabilitu emocionálních postojů k sobě i představitelům jinakosti, což je možné dát do souvislosti s emoční nestabilitou, která je pro

hraniční poruchu osobnosti charakteristická. Emocionální postoje pacientek byly mnohdy ovlivňovány jejich aktuálními psychickými stavy, v některých případech byla hodnocení ovlivněna konkrétními zkušenostmi, které pacientky popsaly. Je možné se domnívat, že výkyvy v emocích jsou odrazem konkrétních osobnostních uspořádání pacientek.

Přínosem by mohlo být uplatnění daných metod v oblasti léčebného procesu a terapie, kdy by zhodnocení osobnostního fungování mohlo přispět k celkovému aktuálnímu obrazu pacienta, navíc by pomocí ESM bylo možné sledovat proměnlivost jeho psychických vztahů v reakci na určité události v životě.

## **Seznam zkratk**

**DSM-5** – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize

**ESM** – Experience sampling methodology

**MKN-10/MKN-11** – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize/11. revize

**STiP-5.1** – Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM–5



## Seznam použitých informačních zdrojů

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (J. Raboch, M. Hrdlička, P. Mohr, P. Pavlovský, & R. Ptáček, Ed.). Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of Personality Assessment*, 1–11. doi:10.1080/00223891.2018.1428984

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM–5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. doi.org/10.1080/00223891.2011.58380

Bogardus, E. S. (1947). Measurement of Personal-Group relations. *Sociometry*, 10(4), 306–311.

Boleloucký, Z. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum

Bolger, N., & Laurenceau JP. (2013) *Intensive longitudinal methods: an introduction to diary and experience sampling research*. New York: Guilford Press; 256.

Clarkin, J. F. (1998): Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*, 4, s. 91–102.

Csikszentmihalyi, M., Larson, R., & Prescott, S. (1977). The ecology of adolescent activity and experience. *J Youth Adolesc*, 6(3): 281–294.

Doubková, N., Preiss, M. (2020). Metoda experience sampling v psychologickém výzkumu. *Psychiatrie*, 24 (1). S. 21–26.

Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha

Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... MacKillop, J. (2013). *Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders*

*in an outpatient clinical sample. Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1057–1069. doi:10.1037/a0034878

Fisher, C. D., & To, M. L. (2012). Using experience sampling methodology in organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 33(7), 865–877. doi:10.1002/job.1803

Goldmann, P., Soukupová, T. (2015): Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti. In: Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. 89 (Eds.), *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání: DSM5 (první české vydání)*. Praha, Hogrefe-Testcentrum, 801–823.

Grambal, A., Praško, J., Kasalová P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.

Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience sampling method: Measuring the quality of everyday life*. Sage Publications, Inc.

Hendl, J. (2016) *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, 4. vydání. Praha: Portál.

Hooley, J. M., Cole, S. H., & Gironde, S. (2012). Borderline personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp.409–436). OxfordUniversity Press.<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0020>

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Tegis.

Hutsebaut, J., Berghuis, H., De Saeger, H., Kaasenbrood, A., & Ingenhoven, T. (2014). *Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP 5.1)*. The Podium DSM-5 research Group of the Netherlands Centre of Expertise on Personality Disorders. Utrecht: Trimbos Institute.

Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L., & de Saeger, H. (2017). Assessing DSM–5-Oriented Level of Personality Functioning: Development and Psychometric Evaluation of the SemiStructured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 8 (1), 94–101. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000197>

- Hřebíčková, M., Jelínek, M., Blatný, M., Brom, C., Burešová, I., Graf, S., Mejzlíková, T., Vazsonyi, A. T., & Zábrodská, K. (2016). Big Five Inventory: Základní psychometrické charakteristiky české verze BFI-44 a BFI-10. *Československá psychologie*, 60(6), 567–583
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In *Handbook of personality: Theory and research*, 2nd ed. (s. 102–138). Guilford Press.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada.
- Larson, R., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The Experience Sampling Method. *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, 21–34. doi:10.1007/978-94-017-9088-8\_2
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (p. 91–125). Academic Press.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. (2008) (2., aktualiz. vyd). Praha: Bomton Agency. Retrieved from 90 <https://bit.ly/3yE3FIr>
- Moore, C., Detert, J. R., Klebe Treviño, L., Baker, V. I., & Mayer, D. M. (2012). Why Employees Do Bad Things: Moral Disengagement and Unethical Organizational Behavior. *Personnel Psychology*, 65(1), 1–48.
- Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, Praha.
- Nica, E. I., & Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 74–81. doi:10.1007/s11920-009-0012-2
- Palihawadana, V., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2018). Reviewing the clinical significance of “fear of abandonment” in borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 60–63. <https://doi.org/10.1177/1039856218810154>
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: *Psychometric properties reviewed*. *Psychiatric Development*, 4, 317–335.

- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), s. 57–75. doi:10.1002/ejsp.2420250106
- Praško, J. (2003). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. & Ptáček, R. (eds.), (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
- Raboch, J., Zvolský P. (2001). Psychiatrie. Praha: Galén.
- Röhr, HP. (2003). Hraniční porucha osobnosti. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2007). Psychologie osobnosti. Praha: Grada.
- Santangelo, P. S., Reinhard, I., Koudela-Hamila, S., Bohus, M., Holtmann, J., Eid, M., & Ebner-Priemer, U. W. (2017). The temporal interplay of self-esteem instability and affective instability in borderline personality disorder patients' everyday lives. *Journal of abnormal psychology*, 126(8), 1057–1065. <https://doi.org/10.1037/abn0000288>
- Slezáčková, A. (2012). Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Praha: Grada.
- Smékal, V. (2004): Pozvání do psychologie osobnosti Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Brno: Barrister & Principal.
- Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 372–379. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x
- Svoboda, M. (Ed.), Češková, E. & Kučerová, H. (2015) Psychopatologie a psychiatrie pro psychology. Praha: Portál
- Tan, A. L., Kendis, R. J., Porac, J., & Fine, J. T. (1977). A Short Measure of Eriksonian Ego Identity. *Journal of Personality Assessment*, 41(3), s. 279
- Train, A., (2001). Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. 1. vyd. Praha: Portál, 198 s. ISBN 80-7178-503-2.

Verhagen, S. J. W., Hasmi, L., Drukker, M., van Os, J., & Delespaul, P. A. E. G. (2016). Use of the experience sampling method in the context of clinical trials: *Table 1. Evidence Based Mental Health*, 19(3), 86–89. doi:10.1136/ebmental-2016-102418

Wilhelm, P., Perrez, M., & Pawlik, K. (2011) Conducting Research in Daily Life: A Historical Review. In: Mehl MR, Conner TS, eds. *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. New York: Guilford Press. 62–68.

Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder-a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current psychiatry reports*, 19(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0771-0>

World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Získáno z <https://icd.who.int/browse11/lm/en>

[www.jinakost.cz](http://www.jinakost.cz)

Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J. et al. (2014): The structure and correlates of self-reported DSM5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, 28, 1–23.